

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

Facultat de Psicologia  
Departament de Psicologia Bàsica



**Operacionalización del Consumo  
Intensivo de Alcohol en jóvenes:  
Utilidad/ajuste de diferentes medidas**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

**Elena Montañana Olaso**

Dirigida por:

**Dra. María Teresa Cortés Tomás**

Valencia, Diciembre de 2016



*La tragedia en la vida no consiste en  
no alcanzar tus metas. La tragedia en  
la vida es no tener metas que alcanzar.  
(Benjamin E. Mays)*



A mis abuelos, a mis padres y a  
mi hermano, porque siempre  
creyeron en mí.

A mi marido, por su apoyo  
incondicional en este  
proyecto.



La culminación de este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de personas que llenaron de motivación y positividad el largo camino que comporta una tesis doctoral. Por ello me gustaría dedicarles unas palabras de gratitud en estas páginas.

En primer lugar manifestar mi profundo agradecimiento a la Dra. Maite Cortés Tomás, por depositar su confianza en mí al aceptarme como alumna de doctorado e iniciarme en el apasionante mundo de la investigación. También darle las gracias por todo el esfuerzo realizado y por su paciencia infinita en mis consultas a deshora. Su sabiduría, experiencia y sinceridad han sido elementos esenciales para guiar este proyecto. Por todo esto y mucho más te estaré siempre agradecida.

Asimismo, me gustaría reconocer la implicación y tiempo dedicado de los equipos directivos, profesores y alumnos de los centros docentes colaboradores.

También agradecer a mis compañeros del proyecto MOCHA y de la UCD todos sus consejos y palabras de cariño en momentos difíciles. Gracias por animarme a continuar en el camino y compartir conmigo vuestras experiencias.

En el plano personal, dar gracias a mis abuelos, por creer en mí y enseñarme que todo esfuerzo tiene su recompensa. Gracias por escucharme, ayudarme y aconsejarme en la andadura de la vida, sois para mí una fuente de inspiración y motivación.

Por supuesto, agradecer a mis padres y hermano su apoyo incondicional y el esfuerzo depositado en este proyecto. Vosotros formáis parte de él tanto

como lo hago yo. Somos un gran equipo y sin vosotros esto no hubiera sido posible. Por eso y porque siempre es un sí por respuesta os doy de todo corazón las gracias.

Y como no, a mi marido, Rober, por estar siempre a mi lado, por sacarme una sonrisa cuando más lo necesito, por su paciencia interminable, por hacerme feliz y sobre todo por ser mi mejor amigo.

Finalmente, agradecer a todos los familiares y amigos su interés por este proyecto, vosotros también habéis hecho que este camino sea más llevadero.

GRACIAS

# ÍNDICE



---

<b>ÍNDICE .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1. UNA VISIÓN GLOBAL SOBRE EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL (CIA) .....</b>	<b>13</b>
<b>1. EPIDEMIOLOGÍA.....</b>	<b>15</b>
1.1. Consumo de alcohol en Europa .....	15
1.2. Consumo de alcohol en España .....	17
<b>2. FORMAS DE MEDIR EL CIA .....</b>	<b>26</b>
2.1. Falta de consenso terminológico .....	26
2.2. Cantidad de alcohol consumido.....	30
2.2.1. Número de consumiciones .....	31
2.2.2. Gramos - Unidades de Bebida Estándar (UBEs).....	36
2.3. Duración del evento de consumo.....	42
2.4. Frecuencia de consumo .....	44
2.5. Definición del CIA .....	48
<b>3. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES VINCULADAS AL CIA EN JÓVENES.....</b>	<b>50</b>
<b>4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE ESTA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO 2. MÉTODO.....</b>	<b>67</b>
<b>1. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....</b>	<b>69</b>
<b>2. DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES .....</b>	<b>70</b>
<b>3. INSTRUMENTOS .....</b>	<b>74</b>
3.1. Patrón de consumo .....	74
3.1.1. Instrumento de Evaluación de Consumo Intensivo (IECI) (1ª parte).....	74
3.1.2. <i>Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT) .....	78
3.1.3. Experimento.....	80
3.2. Consecuencias .....	83
3.2.1. IECI (2ª parte).....	83
3.2.2. <i>Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire</i> (BYAACQ) ..	85
3.2.3. <i>Rutgers Alcohol Problem Index</i> (RAPI) .....	87
<b>4. ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>89</b>
<b>CAPÍTULO 3. RESULTADOS: MEDICIÓN DEL CIA .....</b>	<b>93</b>
<b>1. PATRÓN DE CONSUMO .....</b>	<b>95</b>
1.1. Diferencias en función del sexo.....	95
1.2. Características de los grupos CIA y NO CIA .....	100
1.3. Grupos homogéneos de CIAs y NO CIAs .....	105

1.4. AUDIT .....	117
<b>2. FORMAS DE MEDIR EL CIA .....</b>	<b>126</b>
2.1. Cantidad de alcohol consumido .....	127
2.1.1. Número de consumiciones .....	127
2.1.2. Gramos reales de consumo vs UBEs .....	136
2.2. Duración del CIA .....	144
2.3. Frecuencia del CIA .....	147
<b>3. MEDICIONES DEL EXPERIMENTO: Ajuste de una posible UBE para jóvenes .....</b>	<b>148</b>
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS: CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CIA.....</b>	<b>157</b>
<b>1. ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS.....</b>	<b>159</b>
1.1. IECI.....	159
1.2. B-YAACQ .....	176
1.3. RAPI .....	192
<b>2. RELACIÓN ENTRE CUESTIONARIOS.....</b>	<b>202</b>
<b>3. PERFIL DE CONSECUENCIAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR INTENSIVO DE ALCOHOL.....</b>	<b>209</b>
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>213</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO I BATERÍA DE PRUEBAS UTILIZADAS.....</b>	<b>267</b>

**CAPÍTULO 1.**  
**UNA VISIÓN GLOBAL**  
**SOBRE EL CONSUMO**  
**INTENSIVO DE ALCOHOL**  
**(CIA)**



## 1. EPIDEMIOLOGÍA

### 1.1. Consumo de alcohol en Europa

El consumo de bebidas alcohólicas está extendido a nivel mundial desde hace miles de años. Concretamente, Europa consume más de la cuarta parte (25.7%) del total de alcohol ingerido a nivel mundial (World Health Organization (WHO), 2014), siendo los mayores de 15 años los que beben alrededor de 10.2 litros de alcohol puro al año (WHO, 2013).

Entre las bebidas alcohólicas más consumidas destacan la cerveza, el vino y los destilados, presentando grandes diferencias geográficas en los indicadores de prevalencia. En Europa, la cerveza ocupa el primer lugar, con más de un tercio del consumo (39.9%), seguido de los destilados (32.9%) y del vino (25.7%) (WHO, 2014). Si bien, al evaluar informes de años anteriores, se aprecia un incremento en el consumo de destilados, llegando a situarse por delante de sustancias como el vino (Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), 2007).

El último Eurobarómetro (2010) indica que más de las tres cuartas partes (76%) de la población europea ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, y de estos, 9 de cada 10 en los últimos 30 días. Además, casi la mitad de los consumidores lo hace de 1 a 3 veces por semana, siendo un 10% los que ingieren 5 consumiciones o más por ocasión de consumo.

Al comparar por grupos de edad, es el colectivo más joven (15-24 años) el que ingiere cantidades más elevadas de alcohol en comparación con grupos de edad superiores (46% ingieren 3 o más consumiciones en una ocasión). Además se observa una relación entre la frecuencia de consumo y la edad,

siendo los mayores de 55 años los que presentan índices superiores de ingesta diaria (25%), frente a prevalencias inferiores propias de colectivos más jóvenes (3% de 15 a 24 años) (Eurobarómetro, 2010).

En lo que respecta a la edad media de inicio, si se tiene en cuenta a la población general (14-65 años) se observa una edad de inicio en el consumo de alcohol muy tardía. Si por el contrario, se limita a jóvenes europeos de 15-16 años, que son los más cercanos al momento del inicio en el consumo, la edad de inicio se sitúa en 12.5 años, y la edad de la primera intoxicación etílica en los 14 años (Anderson y Baumberg, 2006).

Uno de los patrones de consumo de alcohol más habituales es el *Heavy Episodic Drinking* (HED) o *Binge Drinking* (BD), lo que en España se conoce como el Consumo Intensivo de Alcohol (CIA)<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014) define el HED como el consumo de 60 o más gramos de alcohol puro en al menos una ocasión de consumo mensual. Teniendo en cuenta esta definición, Europa es el continente con mayor prevalencia de HED, siendo el sector joven el más representado. Concretamente, entre los jóvenes europeos de 15 a 19 años, el 69.5% consume alcohol en los últimos 12 meses, siendo un 31.2% el que realiza HED (WHO, 2014) (Figura 1).

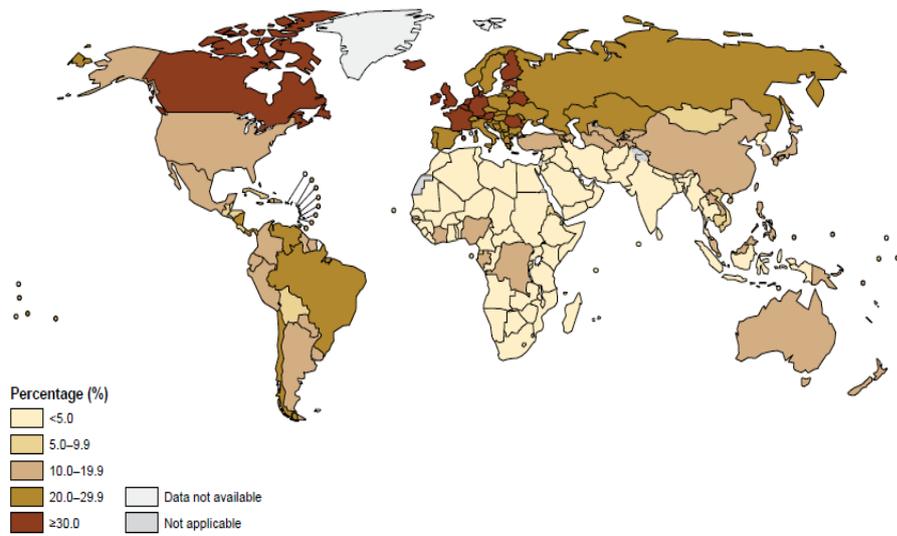
Por otro lado, es relevante destacar la existencia de diferencias en el número de consumidores en función del género. Según el último informe del WHO (2014) un 73.4% de los consumidores son hombres, mientras que un 59.9% son mujeres. Esta diferencia también se ve reflejada en la prevalencia de HED, el cual alcanza el 31.8% entre varones frente a un 12.6% entre mujeres. Diferenciando por edades, se observa que los hombres de 15 a 19 años son los

---

<sup>1</sup> A partir de este momento se utilizará *Heavy Episodic Drinking* (HED), *Binge Drinking* (BD) o Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) según el origen de la fuente consultada.

más propensos a realizar HED (40%), seguidos de los hombres de cualquier edad (24.9%) y de las mujeres adolescentes (22%) (WHO, 2014). Además, los varones beben diariamente con mayor frecuencia que las mujeres (19% vs 8%) (Eurobarómetro, 2010).

Figura 1  
Prevalencia de HED entre jóvenes de 15 a 19 años. WHO, 2014



## 1.2. Consumo de alcohol en España

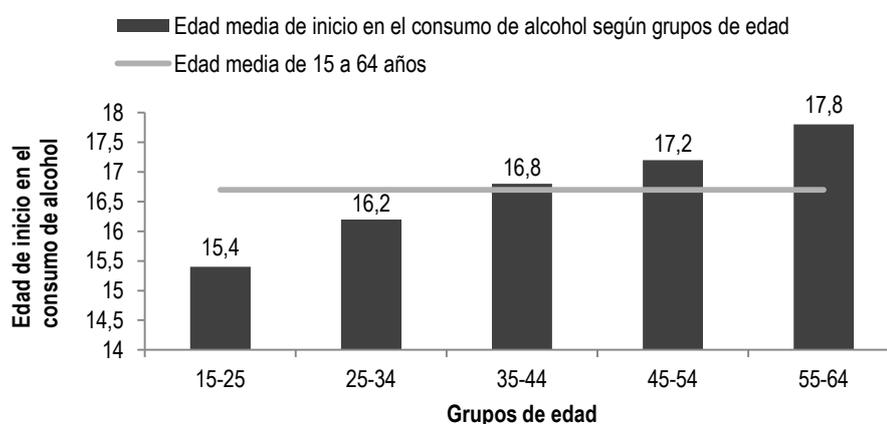
España se sitúa entre los países europeos con mayor consumo de alcohol, ocupando el séptimo lugar en consumo mensual, llegando al 81% de consumidores con una frecuencia de ingesta semanal (Eurobarómetro, 2010).

Teniendo en cuenta la principal encuesta epidemiológica española sobre alcohol y drogas para población general (15-64 años) (EDADES, 2013), casi la totalidad de los ciudadanos tomaron alcohol alguna vez en la vida

(93.1%), el 78.3% lo hizo en los últimos 12 meses, y el 64.4% en los últimos 30 días. Además, un 9.8% informó una ingesta diaria de bebidas alcohólicas. En líneas generales, se observa un ligero incremento en las frecuencias temporales del consumo de alcohol respecto a la encuesta anterior realizada en 2011.

Considerando el conjunto de la población (14 a 64 años), la edad de inicio en el consumo de alcohol se mantiene estable en 16.7 años (Figura 2). Sin embargo, los hombres se inician antes que las mujeres (16 años vs 17.5) (EDADES, 2013). Al evaluar únicamente a los jóvenes de 14 a 18 años se aprecia una equiparación en la edad de inicio entre ambos sexos (Castaño, García y Marzo, 2015; ESTUDES, 2012; Montañana, 2012), siendo incluso ellas las que experimentan un inicio más temprano en alguna de esas edades (Controla Club, 2011).

Figura 2  
Datos extraídos de: Tabla 2.14. Edad media de inicio en el consumo de alcohol según sexo y edad. EDADES, 2013



Al diferenciar por grupos de edad, se observa que cuanto más joven es la población evaluada menor es la edad de inicio en el consumo de alcohol

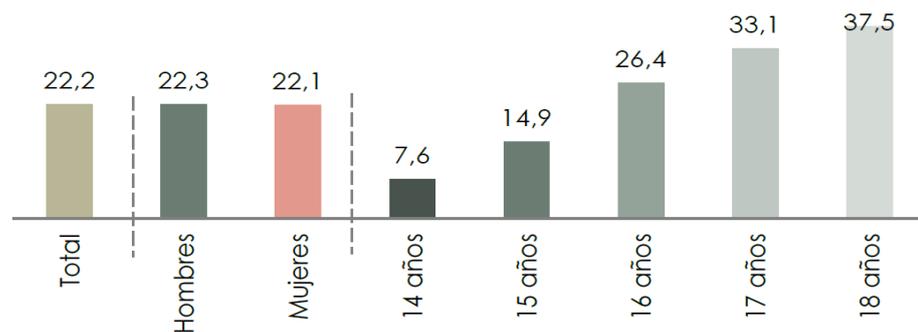
(Cortés, Espejo y Giménez, 2007; EDADES, 2011; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; Montañana, 2012; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010) (Figura 2). Así pues, en el grupo de 15 a 34 años la edad media de inicio se sitúa en 15.8 años, mientras que en el grupo de 35 a 64 años ésta asciende a los 17.2 años (EDADES, 2011). Al revisar la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas entre los menores de edad de 14 a 18 años, ésta desciende notablemente, situándose en 13.9 años (ESTUDES, 2012).

Al igual que ocurre en Europa, también en España es mayor el número de consumidores varones. En concreto, un 83.2% ha tomado bebidas alcohólicas en el último año, frente a un 73.4% de mujeres (EDADES, 2013). Si se hace referencia al consumo de alcohol durante el último mes los resultados siguen la misma tendencia, casi tres cuartas partes de los hombres (73.2%) ha consumido bebidas alcohólicas, frente a dos cuartas partes de mujeres (51.2%) (EDADES, 2011). Por el contrario, al evaluar qué ocurre entre los jóvenes de 14 a 18 años, el porcentaje de consumo de alcohol anual entre las mujeres supera en dos puntos al de los hombres (82.9% vs 80.9%) (ESTUDES, 2012).

Al considerar el consumo en función de la edad, destaca la mayor prevalencia de consumidores durante alguna vez en la vida entre los entrevistados de 35 a 64 años (91.7% frente a 89.5% del grupo de 15 a 34 años). Sin embargo, la frecuencia de consumo de alcohol anual y mensual es superior en el grupo de 15 a 34 años (79.1% anual y 63.7% mensual frente a 75.1% y 61.5% del grupo de 35 a 64 años) (EDADES, 2013). Esta distribución varía al centrarse en la población más joven. En ESTUDES (2012), la mayor prevalencia de consumidores durante el último año la tienen los jóvenes de 18 años (91.3% vs 63.1% en 14 años y 84.2% en 16 años).

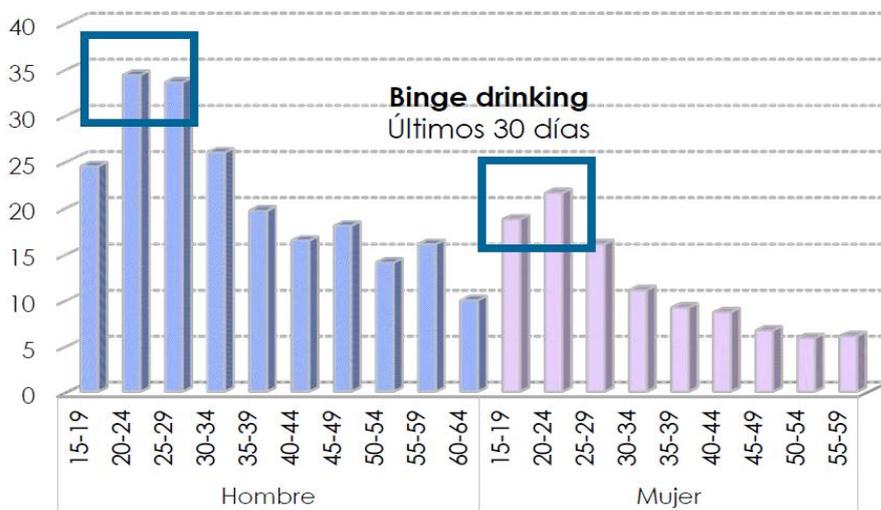
Por otra parte, para dar cuenta de un consumo problemático de alcohol, las encuestas epidemiológicas recurren a las intoxicaciones etílicas y el BD (HED o CIA). Del 19.3% de la población que ha admitido haberse intoxicado en los últimos 12 meses, son los hombres de entre 15 y 34 años los que muestran una mayor prevalencia (41.3%, frente a un 23.5% de las mujeres de la misma edad) (EDADES, 2013). Nuevamente los datos varían al centrarse en el colectivo entre 14 y 18 años, ya que en este caso es evidente la tendencia a equiparar el porcentaje de borracheras en el último mes entre ambos sexos (22.3% de chicos frente 22.1% de chicas) (Figura 3) (ESTUDES, 2014). Datos extraídos de esta misma encuesta en años anteriores muestran que sin embargo, las chicas de 14 a 16 años reconocen haberse emborrachado más veces que los chicos (29.2% chicas frente a 23.1% de chicos para 14 años; 44.6% - 35.5% para 15 años y 54.1% - 52.6% para 16 años). A partir de los 17 años la tendencia cambia y son los hombres los que afirman emborracharse más veces que las mujeres (65.1% de los hombres frente a un 60.1% de las mujeres) (ESTUDES, 2012). Además, se encuentra una relación directa entre la edad de los consumidores y el porcentaje de borracheras experimentadas a lo largo del último mes, siendo los jóvenes de edades más elevadas (18 años) los que las experimentan en mayor proporción (Figura 3) (ESTUDES, 2014).

Figura 3  
Porcentaje de borracheras en los últimos 30 días. ESTUDES, 2014



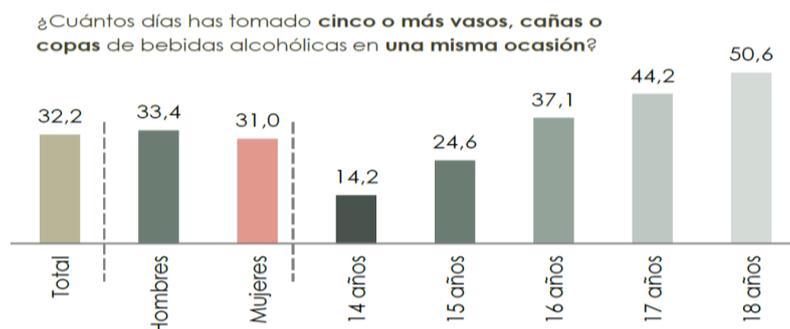
En relación con el BD (Figura 4), considerado como el consumo de 5 o más consumiciones en un intervalo aproximado de 2 horas (EDADES, 2013), un 15.5% de la población general informó haber realizado este consumo durante el último mes. Al diferenciar por grupos de edad y sexo, son los hombres de 20 a 29 años los que más realizan este tipo de consumo, mientras que las mujeres que más lo realizan son las que tienen entre 15 y 24 años, alcanzando su prevalencia máxima entre los 20 y 24 años (EDADES, 2013).

Figura 4  
Prevalencia de BD en función del sexo y la edad, durante los últimos 30 días. EDADES, 2013



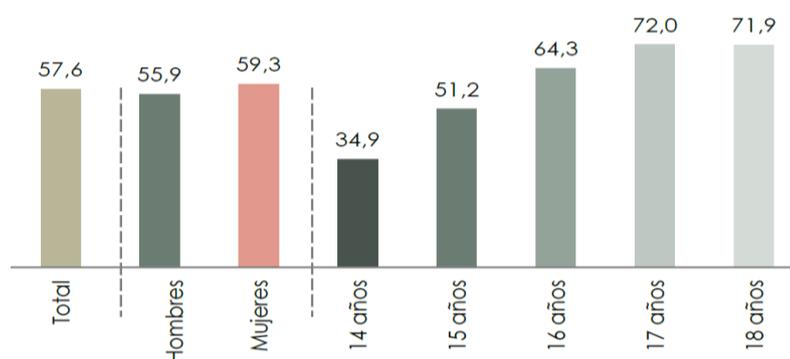
Si se evalúa únicamente la población de 14 a 18 años, se aprecia un incremento de la prevalencia de BD. En concreto, casi un tercio de los jóvenes que consumieron alcohol en los últimos 30 días lo realizaron en forma de BD (32.2%), siendo escasas las diferencias entre chicos y chicas (33.4% vs 31%). No obstante, se observa un aumento en la prevalencia de BD cuanto mayor es la edad del consumidor, obteniendo su máximo porcentaje de experimentación a los 18 años (50.6%) (Figura 5) (ESTUDES, 2014).

Figura 5  
Porcentaje de BD en los últimos 30 días. ESTUDES, 2014



Un fenómeno que propicia la aparición del BD en España es el botellón, en el que son los mismos jóvenes los que adquieren en comercios las bebidas que posteriormente se sirven e ingieren, generalmente, en lugares públicos (Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010). La encuesta ESTUDES muestra que más de la mitad de los menores de edad han realizado esta práctica (57.6%), siendo las chicas las que presentan una tendencia ligeramente más acentuada (59.3% vs 55.9%). Además, se aprecia un aumento progresivo del botellón en función de la edad de los consumidores, encontrando su máxima prevalencia entre los grupos de 17 y 18 años (72% y 71.9%) (Figura 6) (ESTUDES, 2014).

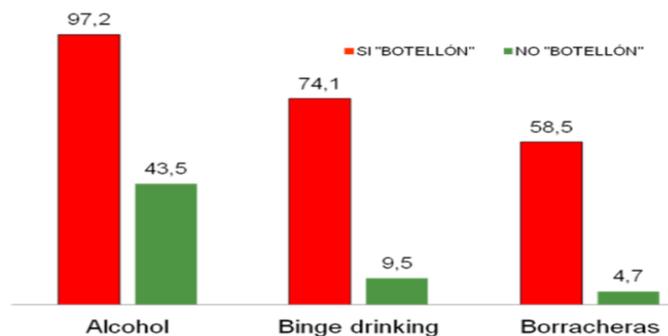
Figura 6  
Porcentaje de botellón en los últimos 12 meses. ESTUDES, 2014



Por otro lado, la encuesta para población general (EDADES, 2013) identifica que esta práctica es más común entre los varones de 15 a 24 años: 56.2% vs 47.9% de mujeres. Asimismo, advierte que la práctica del botellón suele realizarse hasta los 24 años, quedando como una conducta residual a partir de los 34 años.

El botellón también presenta una relación directa con las borracheras, siendo estas más habituales entre los jóvenes que realizan esta conducta. En la Figura 7 se observa el elevadísimo porcentaje de jóvenes que acuden al botellón en el último mes y reconocen consumir alcohol (97.2%), siendo casi tres cuartas partes (74.1%) los que lo consumen en forma de BD. Asimismo, más de la mitad (58.5%) reconoce haberse emborrachado durante esta práctica (ESTUDES, 2012).

Figura 7  
Porcentaje de diferentes consumos (último mes) según se haya hecho botellón o no (último mes). ESTUDES, 2012



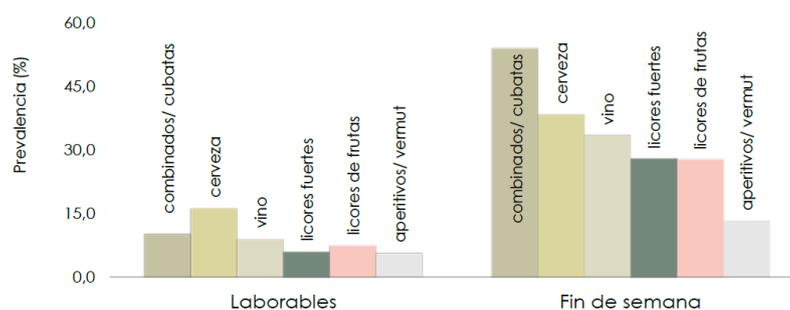
Al tratar de definir el patrón de consumo de alcohol característico de la población española también cabe mencionar que se produce un mayor consumo durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo) (60.2% frente a 31.9% en días laborales) en todos los grupos de edad. Si bien, en los últimos años ha sido patente el incremento de consumo en días laborales, sobretudo en el grupo de

15 a 34 años (de 19.5% en 2009 a 24.9% en 2011). Esto podría indicar una tendencia por parte de los jóvenes a empezar el consumo de alcohol a partir del jueves (EDADES, 2011; Kuntsche y Gmel, 2013). Esta misma tendencia se observa al evaluar los jóvenes de 14 a 18 años (ESTUDES, 2012).

El tipo de bebida más consumido es la cerveza, tanto en días laborales como fines de semana, estando presente en un 66.6% de consumidores del último mes. El vino ocupa el segundo lugar de elección entre la población española (44.4%), por delante de los destilados (28.6%) (EDADES, 2011). A diferencia de Europa, en España se sigue consumiendo más cantidad de vino que de destilados (Anderson y Baumberg, 2006; WHO, 2014). Sin embargo, son los destilados los que tienen una mayor diferencia de consumo entre días laborales (3.7%) y fines de semana (24.9%) (EDADES, 2011).

Además, si solo se considera a los jóvenes de 14 a 18 años, se observa como en días laborales siguen la tendencia europea (cerveza en primer lugar seguido de los combinados y del vino), mientras que el fin de semana consumen en mayor medida combinados, por delante de la cerveza y del vino (Figura 8) (ESTUDES, 2014).

Figura 8  
Porcentaje de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. ESTUDES, 2014



Respecto al lugar de consumo, estos menores muestran preferencia por consumir alcohol en bares o pubs (41.6%), seguido de lugares públicos como calles, parques o playas (36.3%) y discotecas (35.4%) (ESTUDES, 2012).

Tratando de resumir las características más relevantes enunciadas en este apartado puede concluirse que, entre la población general las edades de inicio al consumo de alcohol son inferiores entre varones. Además, este colectivo suele mostrar consumos de mayor cantidad de alcohol, por lo que es lógico que manifiesten mayores prevalencias de BD y de intoxicaciones etílicas, así como una mayor frecuencia de consumo. Diferenciando por grupos de edad, son los más jóvenes los que presentan mayores índices de consumo, tanto anuales como mensuales. El consumo de alcohol se ve acentuado en fines de semana mostrándose además una tendencia por parte de los jóvenes a alargar el fin de semana, pudiéndose incluir el jueves como un día más de consumo. Asimismo, la bebida más consumida es la cerveza, tanto en días laborales como en fines de semana.

A diferencia del caso anterior, entre los jóvenes de 14 a 18 años, la edad de inicio en el consumo de alcohol se equipara entre ambos sexos. Además, las mujeres llegan a presentar prevalencias superiores al considerar la ingesta de alcohol anual y la práctica del botellón. También las intoxicaciones etílicas y el BD muestran índices de ocurrencia similares entre ambos sexos. Sin embargo, la edad juega un papel importante en las borracheras, ya que cuanto más joven es el consumidor mayores porcentajes de mujeres las experimentan. Diferenciando por grupos de edad, son los más mayores los que presentan prevalencias superiores de consumo anual. Del mismo modo que en la población general, el consumo de alcohol se ve acentuado en fines de semana, presentando cierta tendencia a incluir el jueves como un día más de consumo. La bebida más consumida es la cerveza en días laborales, no obstante se

presentan los combinados como bebida de elección para el fin de semana. Por último, se observa una mayor preferencia por consumir en bares y en lugares públicos.

Cada vez es más frecuente por parte de los jóvenes seguir prácticas como la del botellón, en la que **son ellos mismos los que se sirven sus consumiciones** y en las que prevalecen patrones de consumo en forma de BD (HED o CIA), en los que se ingieren cantidades elevadas de alcohol en pocas horas (Cortés y cols., 2010; Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003; Observatorio Español sobre drogas (OED), 2007). Teniendo en cuenta esta tendencia juvenil hacia el autoservicio en el consumo de alcohol, parece razonable cuestionarse las medidas de alcohol estándar utilizadas hasta el momento, al mismo tiempo que se hace necesario revisar cómo se mide este consumo intensivo y las consecuencias que el mismo puede tener, tanto a nivel personal como a nivel social.

## **2. FORMAS DE MEDIR EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL (CIA)**

### ***2.1. Falta de consenso terminológico***

Si bien este patrón de consumo se encuentra generalizado entre la población de diversos países, no hay un acuerdo entre los investigadores en cuanto a su terminología y su definición/operacionalización.

El término anglosajón que cuenta con mayor número de seguidores es el de *Binge Drinking* (Carey, 2001; Chavez, Nelson, Naimi y Brewer, 2011; Courtney y Polich, 2009; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; DeJong, 2003; Fillmore y Jude, 2011; Gruzca, Norberg y Bierut, 2009; Lange y Voas, 2001;

Miller y cols., 2004; NIAAA, 2004; Norman, Bennett y Lewis, 1998; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens y Castillo, 1994). No obstante, también es el término que alberga el mayor número de críticas, ya que a lo largo de la historia, este concepto se ha utilizado para hacer referencia al consumo de grandes cantidades de alcohol de manera continuada, llegando a un estado de embriaguez mantenida durante varios días o semanas (Jellinek, 1952). A pesar de que este término se ha relacionado más con patrones de abuso y/o dependencia del alcohol (Epstein, Kahler, McCrady, Lewis y Lewis, 1995; Lange y cols., 2002a), Wechsler defiende el término *binge* comparándolo con el concepto utilizado en los trastornos de la alimentación *binge eating*, en el que se producen episodios de comida incontrolada, sin tener en cuenta la duración de los mismos (Wechsler y Nelson, 2008). Así pues, estaríamos ante un término al que se le asignan dos definiciones distintas, una relacionada con el abuso y/o la dependencia del alcohol, y otra con el uso esporádico e intenso de dicha sustancia, la cual implicaría repercusiones distintas a las del abuso y/o dependencia (Lange y cols., 2002a; Parada y cols., 2011).

Dada la confusión terminológica del concepto *Binge Drinking*, son muchos los nombres alternativos que se han utilizado en la literatura científica para denominar este patrón de consumo. Entre ellos se encuentran:

- *Concentrated Drinking Episode* (Gill, 2002).
- *Dangerous drinking* (Lederman, Stewart, Goodhart y Laitman, 2003).
- *Episodic heavy drinking* (Bradley y cols., 2001; Mäkelä y cols., 2001; Pabst, Kraus, Piontek, Mueller y Demmel, 2014; Weingardt, y cols., 1998; Wiesner, Windle y Freeman, 2005).
- *Excessive episodic consumption* (Duncan, 1997; Gfroerer, Wright y Gustin, 1996).

- *Frequent binge drinking* (Schulenberg, O'Malley, Backman, Wadsworth y Johnston, 1996).
- *Heavy drinking* (Beirness, Foss y Vogel-Sprott, 2004; Christiansen, Vik y Jarchow, 2002; LaBrie, Pedersen y Tawalbeh, 2007; Sher y Rutledge, 2007; Turrisi, Mallett, Mastroleo y Larimer, 2006; Vik, Carrello, Tate y Field, 2000; Voogt, Kuntsche, Kleinjan, Poelen y Engels, 2014)
- *Heavy episodic binge drinking* (Nezlek, Pilkington y Bilbro, 1993).
- *Heavy episodic drinking* (Bendtsen, Johansson y Akerlind, 2006; Collins y Carey, 2007; Dawson, Grant, Stinson y Chou, 2004; Jackson, 2008; Jackson y Sher, 2008; Jessor, Costa, Krueger y Turbin, 2005; Lewis y Neighbors, 2006; Martens y cols., 2004; McCabe, 2002; Mota y cols., 2010; Mushquash, Sherry, Mackinnon, Mushquash y Stewart, 2014; Oesterle y cols., 2004; Reifman, Barnes, Dintcheff, Farrell y Uhteg, 1998; WHO, 2014; Wilsnack, Vogeltanz, Wilsnack y Harris, 2000).
- *Heavy sessional drinking* (Measham, 1996).
- *Heavy quantity drinking* (Greenfield y Kerr, 2008)
- *Heavy use* (Johnston, O'Malley y Bachman, 1995; Presley, Meilman y Lyerla, 1994).
- *High-risk drinking* (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight, Marlatt, 2001; Marlatt y cols., 1998; Schaus y cols., 2009).
- *Risky single-occasion drinking* (Anderson y Plant, 1996; Gmel, Gaume, Faouzi, Kulling y Daepfen, 2008; Hassan y Shiu, 2007; Kuntsche y Gmel, 2013; Murgraff, Parrott y Bennett, 1999; Webb, Ashton, Kelly y Kamaliy, 1996).
- *Beber concentrado* (Calafat, 2007).
- *Consumo concentrado de alcohol* (Farke y Anderson, 2007).

- *Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol* (Adan, 2012; Cadaveira, 2009; Cortés, Espejo y Giménez, 2008, 2010; Giménez, Motos y Cortés, 2014; Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), 2008; Parada y cols., 2011; Rodríguez-Martos, 2007; Rodríguez-Martos y Rosón, 2008).

Uno de los términos que resulta más utilizado como alternativa al *Binge Drinking* es el *Heavy Episodic Drinking*, el cual hace referencia a un consumo de alcohol excesivo realizado de manera episódica. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2008) advierte que el carácter excesivo o abusivo que conlleva el concepto *heavy* resulta ambiguo y poco recomendable. Además, este término se ha utilizado en muchas ocasiones para referirse a un consumo más agresivo y frecuente que el del *Binge Drinking* (ICAP, 1997; Room, 1990). En este sentido, términos como *Heavy Drinking* resultan incluso menos recomendables, ya que no solo hacen referencia a un consumo distinto al del *Binge Drinking* sino que además no especifican el carácter ocasional del mismo.

Por otro lado, el uso del término *risky* presenta connotaciones positivas en su significado. El estudio llevado a cabo por Lederman y cols. (2003) con un grupo de estudiantes universitarios, mostró su rechazo a la utilización del término *high-risk drinking* como concepto definitorio del consumo de alcohol que realizaban, al valorar que muchos estudiantes podían considerar las conductas de riesgo como positivas. Los mismos universitarios sugirieron como término adecuado el de *dangerous drinking*, al poner más énfasis en las consecuencias derivadas de este consumo de alcohol, dejando de lado términos centrados en la cantidad de sustancia ingerida (AADAC, 2005; Lederman y cols., 2003).

De toda esta variabilidad terminológica, la que cuenta con mayor evidencia científica en nuestro país es la de Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol (CIA), propuesta en la 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, realizada en el 2007. Este concepto es el que mejor refleja tanto el carácter intensivo del patrón de consumo, como su carácter episódico, diferenciándolo así de un patrón de consumo regular.

De la misma manera que ocurre con la terminología, hay una falta de acuerdo a la hora de decidir qué variables son las adecuadas para medir el CIA (Bonar y cols., 2012; Glassman, 2010; ICAP, 1997). Algunos investigadores incluyen variables como la intoxicación subjetiva que experimenta la persona, el nivel de alcohol en sangre o la combinación de la velocidad en la que se consume y la frecuencia de intoxicación (Hartley, Elsbagh y File, 2004; Lange y Voas, 2001; NIAAA, 2004; Townshend y Duka, 2002; Turrisi y Wiersma, 1999; Weissenborn y Duka, 2003). Sin embargo, muchos autores afirman que una definición adecuada de este patrón de consumo, debería hacer referencia a las siguientes variables: la cantidad de alcohol consumido, la duración del evento de consumo y la frecuencia con la que se realiza, teniendo en cuenta que todas ellas se vinculan con la aparición de repercusiones sociales y sanitarias (Courtney y Polich, 2009; Gill, Murdoch y O'May, 2009; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; Lange y cols., 2002a; Parada y cols., 2011; Perkins, 2002; Room, Babor y Rehm, 2005; Wechsler, 2000).

## **2.2. Cantidad de alcohol consumido**

Esta es una de las variables que cuenta con mayor apoyo en la medición del CIA. A lo largo de los años, los investigadores se han servido de diferentes sistemas de medida como por ejemplo, el número de pintas de cerveza o vasos de vino consumidos (Bennett, Smith y Nugent, 1990; Norman, Armitage y

Quigley, 2007), el número de botellas de licor o vino (Hansagi y cols., 1995), el número de botellas de cerveza (Kauhanen, Kaplan, Goldgerg y Salonen, 1997), el nivel de alcoholemia en sangre (Lange y Voas, 2001; Marczinski, Combs y Fillmore, 2007; NIAAA, 2004), el número de consumiciones o la cantidad de gramos o Unidades de Bebida Estándar (UBE) ingeridas. Estos dos últimos, son los que cuentan con mayor aceptación en la literatura científica.

### 2.2.1. Número de consumiciones

A finales de los años 60, Cahalan, Cisin y Crossley (1969) determinaron que el consumo de 5 o más bebidas en una misma ocasión, marcaba el umbral a partir del cual podían experimentarse consecuencias negativas. En 1975, la encuesta epidemiológica “*Monitoring the Future*” (Johnson y cols., 2001) realizada con población joven incorpora el umbral de 5 o más consumiciones tomadas de manera continuada, limitándolo a un marco temporal de 15 días previos. Inicialmente, los investigadores del proyecto denominaron a esta manera de consumir alcohol *heavy use*, y unos años más tarde le asignaron el término *binge drinking* (O’Malley, Bachman y Johnson, 1984). A partir de este momento, otras encuestas dirigidas a población joven como la *Core Alcohol and Drug Survey* (Presley y cols., 1994), o la *Youth Risk Behavior Survey* (CDC, 2000), y a población general como la realizada por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) (Groefler y cols., 1996), incorporaron esta medición.

A principios de los 90, el *College Alcohol Study* (CAS) realizado por *Harvard School of Public Health*, matizó esta definición diferenciando las cantidades en función del sexo (Wechsler y cols., 1994). Se tuvo en cuenta de este modo que el ritmo de eliminación del alcohol es más lento en las mujeres, lo que lleva asociados unos niveles de alcohol en sangre superiores y una

manifestación de consecuencias negativas con ingestas de alcohol menores (Chavez y cols., 2011; Courtney y Polich, 2009; Kwo y cols., 1998; Marcziński, Grant y Grant, 2009; Wechsler, Dowdall, Davenport y Rimm, 1995b). Además, las mujeres tienen proporcionalmente más cantidad de grasa y menos de agua que los hombres del mismo peso. La grasa es una sustancia poco liposoluble, por lo que al ingerir el alcohol le es difícil difundirse en ella. Por este motivo, en las mujeres, la distribución de esta sustancia se realiza en un volumen de agua menor que en los hombres, causando picos más altos de alcohol concentrado en sangre (Kwo y cols., 1998; Thomasson, 1995). Todas estas consideraciones llevaron a definir el BD como la ingesta de 5 o más consumiciones para hombres / 4 o más para mujeres, en una ocasión de consumo, en los últimos 15 días (Wechsler y Nelson, 2001).

A pesar de la evidencia existente sobre la necesidad de diferenciar el consumo en función del sexo, todavía se encuentran estudios que utilizan el número de consumiciones para medir la cantidad de alcohol consumido sin diferenciar por sexo (Tabla 1). Otros, que representan a la mayoría, sí que utilizan esta diferenciación (Tabla 2).

Tabla 1  
*Estudios que miden el número de consumiciones para definir BD, sin diferenciar por sexos*

<b>No diferencian por sexos</b>			
<b>Número de consumiciones</b>	<b>Duración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Estudios</b>
4 (o más)	1 ocasión	Una vez en la vida	Ariza y Nebot, 2000
		2 o más veces en los últimos 15 días	Viner y Taylor, 2007
5 (o más)	1 ocasión	-	Hasin, Paykin y Endicott, 2001 Naimi y cols., 2003 Verster, van Duin, Volkerts, Schreuder y Verbaten, 2003 Clapp y cols., 2003 Ehlers y cols., 2007

(continúa)

Tabla 1

Estudios que incorporan el número de consumiciones para definir BD, sin diferenciar por sexos.

No diferencian por sexos			
Número de consumiciones	Duración	Frecuencia	Estudios
5 (o más)	1 ocasión	Último año	Daepfen y cols., 2005 Guilamo-Ramos, Jaccard, Turrisi, Johansson, 2005
		Últimos 90 días	Kahler, Strong, Read, 2005
		Último mes	Gfroerer y cols., 1996 Naimi, Town, Mokdad, Brewer, 2006 Griffiths y cols., 2006 Isralowitz y Reznik, 2006 Xing, Ji y Zhang, 2006 Zeigler y cols., 2005 Miller, Naimi, Brewer y Jones 2007
		2 o más veces en el último mes	Goudriaan, Grekin y Sher, 2007
		Últimos 15 días	Johnston cols., 1995, 2001 Wechsler e Isaac, 1992
6 (o más)	1 ocasión	Último mes	McCarty y cols., 2004
	-	Al menos 1 vez al mes	Nazareth y cols., 2011
	1 ocasión	Última semana	Caamaño-Isorna, Corral, Parada, Cadaveira, 2008
7 (o más)	1 ocasión	Última semana	Gill, Donaghy, Guise y Warner, 2007
8 (o más)	1 ocasión	Último año	Murray y cols., 2002
10 (o más)	-	2 o más días a la semana	Kokavec y Crowe, 1999

Tal como se puede observar en la Tabla 1 la medida más utilizada por los investigadores que no diferencian por sexos es la de 5 o más consumiciones durante una única ocasión de consumo. Además, utilizan gran variedad de frecuencias temporales para referenciar el periodo en el que se realiza el consumo, llegando a ser la más común la del último mes.

Tabla 2  
Estudios que incorporan el número de consumiciones para definir BD, diferenciando por sexos

Sí diferencian por sexos			
Número de consumiciones	Duración	Frecuencia	Estudios
5 (o +) en hombres 4 (o +) en mujeres	1 ocasión	-	King, Houle, Wit, Holdstock y Schuster, 2002 Blume, Schmaling y Marlatt, 2003 Herman, Philbeck, Vasilopoulos y Depetrillo 2003 LaBrie y cols., 2007
	-	Último año	Cranford y cols., 2006
	1 ocasión	Últimos 3 meses	Vik, Culbertson y Sellers, 2000 Christiansen y cols., 2002
	1 ocasión	Último mes	Wechsler y cols., 1995b Paul, Grubaugh, Frueh, Ellis y Egede, 2011 Chavez y cols., 2011 Kuntsche, Gmel, Wicki, Rehm y Grichting, 2006 Jennison, 2004 Bendtsen y cols., 2006
	1 ocasión	2 o más veces en el último mes	Borsari y Carey, 2000
	1 ocasión	Últimos 15 días	Wechsler y Nelson, 2001, 2006 Wechsler y cols., 2002 Wechsler y Austin, 1998 Bartoli y cols., 2014 Collins y Carey, 2005 White, Kraus y Swartzwelder, 2006 Keller, Maddock, Laforge, Velicer y Basler, 2007 Weitzman, Nelson y Wechsler, 2003
	1 ocasión	1 o 2 veces en la última semana	D'Alessio, Baiocco y Laghi, 2006
6 (o +) en hombres 4 (o +) en mujeres	1 ocasión	Último año	Kypri y cols., 2009
6 (o +) en hombres 5 (o +) en mujeres	1 ocasión	Último mes	Baer y cols., 2001
8 (o +) en hombres 6 (o +) en mujeres	1 ocasión	Última semana	Herring, Berridge y Thom, 2008 McAlaney y McMahon, 2006

Cuando se diferencia entre sexos, suele recurrirse a la medición de 5+/4+ consumiciones en hombres y mujeres respectivamente, durante una única

ocasión de consumo. Asimismo, las frecuencias temporales más utilizadas por estos autores son el último mes y los últimos 15 días.

A lo largo de los años se han multiplicado los estudios que apoyan el límite de 5+/4+ como medida adecuada para dar cuenta del BD al evidenciar que los jóvenes que realizaban este consumo de manera frecuente (últimos 15 días), experimentaban ciertos problemas relacionados con el alcohol, tanto a nivel social, académico como personal (Benton y cols., 2004; Courtney y Polich, 2009; Wechsler, 2000; Wechsler y cols., 1994). Pero también se ha cuestionado estos límites por considerarlos demasiado pequeños si se comparan con los consumos que suelen realizar los jóvenes de estas edades (Parada y cols., 2011; Read, Beattie, Chamberlain y Merrill, 2008; White y cols., 2006). Con el objetivo de encontrar una mejor medida que mostrase la relación entre cantidad de alcohol ingerida y consecuencias asociadas, Livingston (2013) tras evaluar quince límites distintos, concluyó que el uso de 7 consumiciones era el más adecuado, ya que predecía mejor las consecuencias negativas asociadas a este patrón de consumo.

Entre las limitaciones más evidentes que incluye tratar de medir el BD en función del número de consumiciones es que de este modo no se tiene en cuenta el tipo de bebida consumida (fermentada o destilada), ni el tamaño de las consumiciones (DeJong, 2001; Jackson, 2008; Kerr, Greenfield, Tujague y Brown, 2005; Parada y cols., 2011; Perkins, DeJong y Linkenbach, 2001; White y cols., 2006), por lo que no se refleja lo que supone para cada entrevistado una consumición (Bonar y cols., 2012; White y cols., 2005). Tampoco se hace referencia al periodo de tiempo concreto en el cual se ingiere el alcohol, ya que suele utilizarse el término *una ocasión* sin especificar el número de horas que se ha estado consumiendo (Bonar y cols., 2012; Cranford y cols., 2006; Lange y cols., 2002a; Parada y cols., 2011).

Puede concluirse que medir el BD tan sólo con el número de consumiciones incrementa la probabilidad de sobreestimar o infravalorar su prevalencia (Bonar y cols., 2012; Glassman, 2010; Kerr y cols., 2005; Lange y Voas, 2001). Al respecto algunos investigadores consideran necesario tener en cuenta otros aspectos como el nivel de alcohol concentrado en sangre (Courtney y Polich, 2009; Lange y Voas, 2001; Marczynski y cols., 2007; NIAAA, 2004), o medidas más exactas como los gramos de alcohol ingeridos (Brick, 2006; Selin, 2003).

### 2.2.2. Gramos – Unidades de Bebida Estándar (UBEs)

Entre los estudios que se sirven de las UBEs como unidad de medida para definir el BD también se encuentra la doble dicotomía de diferenciar o no a los consumidores en función del sexo (Tablas 3 y 4).

Tabla 3  
Estudios que incorporan los gramos de alcohol o las UBEs para definir BD, sin diferenciar por sexos

No diferenciar por sexos				
Número de gramos / UBEs	Equivalencia en gr según el país	Duración	Frecuencia	Estudios
5 (o +) UBEs (Australia, España)	50 gr (o +)	1 ocasión	-	Johnston y White, 2003 Álvarez, Fierro y Del Rio, 2006
5 (o +) UBEs (EEUU)	70 gr (o +)	1 ocasión	-	Syre, Martino-McAllister y Vanada, 1997
7 (o +) UBEs (Nueva Zelanda)	70 gr (o +)	1 ocasión	-	Fryer, Jones y Kalafatelis, 2011
72 gr	-	1 ocasión	-	Selin, 2003
80 gr	-	1 ocasión	Al menos 1 vez al mes	Leon y cols., 1997
+ de 8 UBEs (UK)	+ de 64 gr	En 1 día	-	Wright y Cameron, 1997

(continúa)

Tabla 3

Estudios que incorporan los gramos de alcohol o las UBEs para definir BD, sin diferenciar por sexos

No diferencian por sexos				
Número de gramos / UBEs	Equivalencia en gr según el país	Duración	Frecuencia	Estudios
8 (o +) UBEs (Canadá)	108,8 gr	En 1 día	-	Nadeau, Guyon y Bourgault, 1998
+ de 11 UBEs (UK)	+ de 88 gr	1 ocasión	-	Measham, 1996

Tabla 4

Estudios que incorporan los gramos de alcohol o las UBEs para definir BD, diferenciando por sexos

Sí diferencian por sexos				
Número de gramos / UBEs	Equivalencia en gr según el país	Duración	Frecuencia	Estudios
6 UBEs (o +) en hombres 4 UBEs (o +) en mujeres (Australia)	60 gr (o +) en hombres 40 gr (o+) en mujeres	-	Al menos 1 vez en la última semana	Pols y Hawks, 1992
60 gr (o +) en hombres 40 gr (o+) en mujeres	-	1 ocasión	1 vez a la semana	Kypri, Langley y Stephenson, 2005
8 UBEs (o +) en hombres 6 UBEs (o +) en mujeres (UK)	64 gr (o +) en hombres 48 gr (o +) en mujeres	1 ocasión		Measham y Brain, 2005 Hughes y cols., 2011 Drummond y cols., 2005
+ de 10 UBEs en hombres + de 7 UBEs en mujeres (UK)	80 gr (o +) en hombres 56 gr (o +) en mujeres	1 ocasión	-	Norman y cols., 1998
			Al menos 1 vez en la última semana	Moore, Smith y Catford, 1994
80 gr (o +) en hombres 60 gr (o +) en mujeres	-	1 ocasión	Último mes	Valencia-Martin, Galan y Rodriguez-Artalejo, 2007
160 gr (o +) en hombres	-	-	Mantenido durante 1 semana	Malyutina y cols., 2002

La utilización de las UBEs presenta ciertas ventajas, entre las que se encuentran la rapidez y sencillez con la que se puede a nivel clínico cuantificar la cantidad de alcohol consumido. Además, esta medida facilita que la población general tome conciencia del consumo que está realizando, ya que los límites de riesgo o de consumo seguro de alcohol vienen expresado en gramos de alcohol y por extensión en UBEs (Dufour, 2001; Gual, Rodríguez-Martos, Lligoña y Llopis, 1999; Nayak, Kerr, Greenfield y Pillai, 2008; Stockwell, 1993, 1994). Otro aspecto a destacar es que esta unidad ha proporcionado con los años un lenguaje común a nivel de investigación (Nayak y cols., 2008; Stockwell y cols., 2002).

Pero a pesar de sus múltiples ventajas, son varias las limitaciones que presenta este método. En primer lugar, la amplia diversidad en el contenido de alcohol de las bebidas utilizadas, ha derivado en que a pesar de la existencia de una definición general de UBE (10gramos de alcohol) (Gual y cols., 1999), haya sido muy difícil ajustarse a la misma debido a que se estaba consumiendo muy por encima o muy por debajo de esa cantidad de gramos (Kerr y cols., 2005; Nayak y cols., 2008; Stockwell, Zhao, Chikritzhs y Greenfield, 2008).

A esto hay que añadir la práctica habitual en la actualidad de que sean los propios consumidores los que se sirvan las bebidas, ya que en estos casos la variabilidad individual es mucho más acentuada (desde 8 g hasta 30 g de diferencia para una misma bebida). Kerr, Patterson y Greenfield (2009), mostraron las diferencias entre hombres y mujeres hispánicos, no hispánicos blancos y no hispánicos negros de EEUU, a la hora de servirse el contenido de alcohol en el vaso. Wansink y Van Ittersum (2005), evaluaron las diferencias cuando se servían alcohol en función de diferentes tipos de recipientes. En este último estudio, se apreciaba que tanto camareros como estudiantes servían más cantidad de alcohol en el vaso cuando este era más ancho y corto.

Un aspecto adicional también problemático alude a la falta de conocimiento que la población general tiene acerca de las UBEs. Carruthers y Binns (1992), en su investigación llevada a cabo en la ciudad de Perth (Australia), acerca del nivel de entendimiento que sus ciudadanos tenían sobre las UBEs encontraron que menos del 5% de los sujetos evaluados sabían a lo que estas hacían referencia. Así mismo, diversas encuestas sobre consumo de alcohol introducen preguntas referentes al número de UBEs ingeridas (Greenfield, 2000). En algunas ocasiones, los encuestados son informados acerca del significado de las mismas, pero a pesar de ello muchos participantes siguen respondiendo a la cantidad real de alcohol que consumen y no al estándar de bebida (Kaskutas y Graves, 2000; Kerr y cols., 2005; Nayak y cols., 2008).

Todo esto permite comprender la dificultad que para muchas personas supone el ajustar su consumo real a los estándares establecidos, motivo por el cual en cuantiosas ocasiones vierten cantidades de alcohol más elevadas en sus consumiciones (Carruthers y Binns, 1992; Devos-Comby y Lange, 2008; Kaskutas y Graves, 2000; Lemmens, 1994), sobre todo el sector más joven de la población. Ante esta situación, White y cols. (2005) en su investigación con estudiantes universitarios se plantearon dos cuestiones, o bien los jóvenes no conocían cuáles eran los estándares de medida, o bien tenían dificultades para ajustarse a estos estándares a la hora de servirse.

Sin embargo, la desventaja más evidente de la UBE es que resulta complicado adaptarla a los diferentes países, ya que el consumo difiere en cada uno de ellos en función no sólo del tipo del alcohol característico del país, sino también del vaso o recipiente utilizado (Kerr y cols., 2005; Nayak y cols., 2008; Turner, 1990).

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

PAÍS	g/UBE
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

Miller, Heather y Hall (1991), advirtieron que dependiendo del país de estudio, la cantidad de gramos que contenía una UBE era diferente (Tabla 5), lo que muchas veces cuestionaba su utilidad.

En España, el cálculo de los gramos para diferentes tipos de bebidas (destilados, vino y cerveza), fue obtenido multiplicando la media de contenido de alcohol para consumo público y doméstico por el porcentaje de sus respectivas contribuciones para el consumo total nacional de cada tipo de bebida (Gual y cols., 1999). Como resultado, se obtuvo un promedio de 10.1 gramos de alcohol para el vino, 19.8 gramos para bebidas destiladas y 9.9 gramos de alcohol para la cerveza. Con el objetivo de evitar posibles problemas de cálculo, se acordó 10 gramos de alcohol puro para cerveza y vino, y 20 gramos de alcohol puro para bebidas destiladas. Por lo que se consolidó 1 UBE = 10 gramos, quedando representados la cerveza y el vino con 1 UBE, y las bebidas destiladas con 2 UBEs.

Aunque fueron asumidas estas cifras a nivel nacional, un estudio realizado por Llopis, Gual y Rodríguez-Martos (2000), mostró que las diferencias en la UBE se extendían no solo entre países, sino también entre comunidades autónomas españolas. En su investigación, evaluaron el consumo de cerveza, vino y destilados en ocho comunidades, obteniendo que la UBE de vino era más elevada en la Comunidad Valenciana y Galicia, la de cerveza en Madrid y la de destilados en Galicia.

Si se tiene en cuenta el sector joven de la población, además de todos estos problemas, hay que añadir el patrón de consumo intensivo de alcohol que están realizando en la actualidad dentro de la práctica del botellón (Cortés y cols., 2010; Espada y cols., 2003; OED, 2007). En el mismo, son los propios jóvenes los que adquieren el alcohol y lo sirven, utilizando para ello recipientes de distintas dimensiones, los cuales difieren de los utilizados habitualmente (p.e. cubalitos) para la obtención de la UBE (Cortés, y cols., 2010; Giménez, Cortés, Motos y Soler, 2010; Giménez, Cortés y Motos, 2011, 2013; Montañana, Tronch, Motos, Giménez y Cortés, 2012). Es por este motivo que se anticipa gran variabilidad en la cantidad de gramos de alcohol incluidos en cada consumición, complicando la medición del consumo de este sector de la población si se limita a las unidades estándar (Devos-Comby y Lange, 2008; Graves y Kaskutas, 2002; Stockwell y Honig, 1990). Utilizar las UBEs tradicionales infravalora el nivel de consumo real que están haciendo los jóvenes (Giménez, y cols., 2010; Giménez y cols., 2011, 2013).

Concretamente, las últimas investigaciones realizadas con jóvenes españoles por Giménez y cols. (2010) mostraron una subestimación del consumo de alcohol entre los jóvenes universitarios en un 73.5% de los casos. En su experimento, en el que eran los propios jóvenes los que se servían el alcohol en los vasos que normalmente utilizaban, obtuvieron una media para

fermentados de 13.7 gramos, y para destilados de 23.5 gramos, superando en ambos casos las UBEs establecidas. Asimismo, en el estudio más reciente de Montañana y cols. (2012) con una muestra diferente, se obtuvieron resultados similares.

En definitiva, las numerosas desventajas que se presentan de la utilización de este método, sumados a los patrones actuales de consumo juvenil, limitan los estándares de consumo, dejando la UBE en entredicho.

Es por este motivo que diversos autores sugieren la utilización de métodos alternativos (Kaskutas y Graves, 2000; Kerr y cols., 2005; Stahre, Naimi, Brewer y Holt, 2006), siendo el más recomendado el uso de los gramos de alcohol que contiene cada consumición (Brick, 2006; Selin, 2003).

### **2.3. Duración del evento consumo**

La segunda variable empleada para la medición del BD hace referencia al intervalo temporal en el que se realiza este consumo. En este sentido, las definiciones han sido variadas, utilizando desde la propuesta por Weschler de *una única ocasión de consumo*, hasta la especificación del número de horas (Centers for Disease Control (CDC), 2000; D'Onofrio y cols., 2008; Marczinski y cols., 2007; NIAAA, 2004; Page, Ihasz, Hantiu, Simonek y Larova, 2008; Rosón, 2008) en las que debe ser realizado.

A pesar de que el término *una ocasión o sesión de consumo* es uno de los que se encuentran más presentes en la literatura científica (Tablas 1, 2, 3 y 4), tiene el inconveniente de no concretar el periodo temporal al que hace referencia. Así pues, mientras que la ingesta de alcohol de manera espaciada durante un día no llegaría a producir las consecuencias propias del BD, ya que el alcohol se metabolizaría y no se acumularía en sangre, una ingesta de manera

continua o masiva en pocas horas provocaría una acumulación de la sustancia en sangre, y por tanto la experimentación de esas consecuencias. Es por este motivo, que muchos autores dejan de lado este término y recurren al uso del número de horas concreto, o al nivel de alcoholemia en sangre.

Si bien la opción de fijar el intervalo temporal del BD a un periodo de 4-6 horas se muestra como una posible alternativa para superar el obstáculo anterior, otras investigaciones aluden el uso de un periodo de entre 2 y 3 horas como mejor opción, ya que de esta manera se tiene en cuenta el ritmo de ingesta y metabolización del alcohol (Beirness y cols., 2004; Courtney y Polich, 2009; D'Onofrio y cols., 2008; Lange, Voas y Johnson, 2002; Marcziński y cols., 2007; McAlaney y McMahan, 2006; NIAAA, 2004).

Uno de los primeros en delimitar el término BD, teniendo en cuenta el nivel de alcohol en sangre, fue el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA, 2004). Según esta institución, referente en cuestiones de alcohol, el BD supondría una ingesta de alcohol que permitiese alcanzar niveles en sangre de esta sustancia de al menos 0.8 g/l., lo que equivaldría a consumir 5+/4+ consumiciones en hombres y mujeres respectivamente, en un periodo aproximado de 2 horas. En la misma línea, Lange y cols. (2002b) apuntan la contrariedad que supone definir el BD utilizando variables distintas a la concentración de alcohol en sangre, ya que este término lleva implícito un estado de intoxicación que se consigue únicamente con altos niveles de alcoholemia.

Sin embargo, el uso del nivel de alcohol en sangre no se encuentra exento de críticas. En primer lugar, el empleo de esta variable resulta costosa y poco útil, tanto en la práctica clínica como a nivel de investigación (ICAP, 1997). En segundo lugar, no tiene en cuenta la variabilidad física de las

personas, tales como el peso, la grasa corporal o la altura. Por otro lado, tampoco examina la variabilidad individual respecto a la tolerancia del alcohol o la velocidad con la que se ingiere la bebida, ni tampoco si se han ingerido alimentos previamente (Engineer, Philips, Thompson y Nicholls, 2003; Hammersley y Ditton, 2005; Lange y Voas, 2001; Midanik, 1999; Murgraff y cols., 1999; Wright, 2006). A pesar de sus críticas, esta sigue resultando una medida más precisa que el término *una ocasión de consumo* para la medición del BD.

Lange y Voas (2001) cuestionan además el hecho de equiparar la ingesta de 5/4 consumiciones con llegar a un nivel de alcohol en sangre de 0.8 g/l, advirtiendo de una posible sobreestimación en los niveles de intoxicación. En sus investigaciones posteriores (Lange y cols., 2002a), llegaron a concretar que para alcanzar este nivel de alcoholemia era más apropiado considerar el consumo de 6 o más consumiciones en hombres y 5 o más en mujeres.

No obstante, estudios más recientes apuntan a que la equiparación realizada por el NIAAA (5/4 consumiciones equivale a 0.8 g/l), es adecuada para valorar el BD (Marczinski y cols., 2007).

Dado que la opción *una única ocasión de consumo* resulta ambigua a la hora de operacionalizar el BD se recomienda tener en cuenta el número de horas concreto en el que los jóvenes lo están realizando, acotándose en función del ritmo promedio de metabolización del alcohol (1 UBE/hora).

## **2.4. Frecuencia de consumo**

La tercera variable empleada para medir el BD alude a la frecuencia de consumo, diferenciada en dos criterios de evaluación. El primero se refiere al

número de veces que se realiza esta conducta y el segundo al periodo temporal necesario para dar cuenta de esta conducta intermitente.

Por una parte, existe controversia acerca de cuál es la frecuencia adecuada para considerar que una persona está realizando BD. En este sentido, han sido varios los periodos utilizados (Tablas 1, 2, 3 y 4), desde un episodio aislado a lo largo de toda la vida (Ariza y Nebot, 2000), hasta realizar esta práctica al menos una vez a la semana (Caamaño-Isorna y cols., 2008; D'Alessio y cols., 2006; Gill y cols., 2007; Herring y cols., 2008; Kokavec y Crowe, 1999; Kypri y cols., 2005; McAlaney y McMahon, 2006; Moore y cols., 1994; Pols y Hawks, 1992).

En un intento de adecuar la medición de la frecuencia del BD entre los estudiantes, Wechsler y cols. (1994) delimitaron cuatro grupos de sujetos, dependiendo de la frecuencia con la que realizaban este consumo. Concretamente diferenciaron entre *Abstinentes*: aquellos que no habían consumido en los últimos 12 meses; *No BD*: los que habían consumido alcohol durante este periodo, pero no intensamente en los últimos 15 días; *BD ocasional*: los que habían realizado consumo intensivo entre 1 y 2 veces, en los últimos 15 días; y *BD frecuente*: cuando este consumo se realizaba 3 o más veces en las últimas dos semanas.

Knight y cols. (2002) mostraron que alrededor del 6% de los jóvenes que acudían a la universidad podían presentar síntomas de abuso y/o dependencia alcohólica, según el DSM-IV, lo que hacía sospechar que parte de los estudiantes identificados como *BD frecuente* en el estudio de Wechsler podían cumplir con estos criterios, y en consecuencia estar clasificados de manera errónea.

Actualmente esta controversia continua sin resolverse, no pudiendo delimitarse una frecuencia como la más adecuada para considerar que una persona está realizando BD.

Del mismo modo, también existe polémica acerca de qué periodo temporal previo es el más adecuado para evaluar con precisión la conducta de consumo intensivo de alcohol. Se observa gran variabilidad de lapsos temporales, entre los que se encuentran la última semana (Kokavec y Crowe, 1999), las últimas dos semanas (O'Malley y cols., 1984; Wechsler y cols., 1994), el último mes (Okoro y cols., 2004; SAMHSA, 2007; Zeigler y cols., 2005), los últimos 6 meses (Courtney y Polich, 2009; Hartley y cols., 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003) y el último año (Cranford y cols., 2006).

Estos periodos de referencia presentan ventajas y desventajas en su utilización. La principal desventaja de utilizar intervalos temporales demasiado largos (último año) es la reducción de la capacidad del sujeto para recordar de manera precisa las cantidades consumidas y las frecuencias de realización (Courtney y Polich, 2009). Sin embargo, una de las ventajas más evidente es que permiten identificar a los sujetos que están realizando BD de manera infrecuente (Cranford y cols., 2006). Además, se enmarca mejor la relación entre consumo de alcohol y consecuencias negativas relacionadas con dicho consumo (Cranford y cols., 2006; Dawson, 2003; Dawson y Room, 2000; Sobell y Sobell, 2003). En este sentido, algunos autores afirman que el uso de estos periodos reduce el riesgo de crear imágenes distorsionadas de los patrones de consumo (Alanko y Poikolainen, 1992; Dawson, 1998; Duffy, 1985; Room, 1990).

Por otro lado, periodos de referencia demasiado cortos (última semana, últimas dos semanas, último mes), presentan la ventaja de que el sujeto recuerda

de manera más precisa las características del consumo realizado (Alanko y Poikolainen, 1992; Dawson, 1998; Duffy, 1985; Room, 1990). No obstante, el inconveniente más representativo que muestra este tipo de periodos es que infraestiman la prevalencia de los BD intermitentes poco frecuentes (Cranford y cols., 2006). Este hecho afecta sobre todo cuando se evalúa a jóvenes, ya que son varios los estudios que informan sobre la poca regularidad con la que realizan esta conducta (Schulenberg y cols., 1996; Weingardt y cols., 1998), aludiendo a la variabilidad de consumos a lo largo del curso académico. Es por tanto lógico que periodos de referencia demasiado cortos suelen infraestimar la prevalencia del CIA/BD.

Vik, Tate y Carrello (2000) mostraron que la prevalencia de BD aumentaba, tanto en hombres como en mujeres, cuando se utilizaban periodos de referencia mayores. En la misma línea, LaBrie y cols. (2007), encontraron que cerca de un tercio de los jóvenes clasificados como No BD durante las dos últimas semanas del mes, hubieran sido clasificados BD o incluso BD frecuentes durante las dos primeras semanas del mismo mes. Cranford y cols. (2006), mostraron que un 53.1% de su muestra era identificada como BD si se tenía en cuenta las dos últimas semanas, mientras que este porcentaje aumentaba cuando se tomaba como referencia el último año, identificando un 22.1% de BD más no valorados en el periodo más corto. Courtney y Polich (2009), concluyeron que con un periodo de referencia de dos semanas quedaban excluidos aproximadamente el 30% de los BD.

Así pues, dada la cantidad de desventajas que presentan los periodos de referencia largos y cortos, diversos autores concluyen que el lapso temporal más adecuado es el de los últimos 6 meses, ya que enlaza el consumo de alcohol realizado, con las consecuencias derivadas de dicho consumo (Hartley y cols., 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003). Además Courtney y Polich (2009), destacan que este periodo de referencia de 6 meses es

el más adecuado para capturar la etapa vacacional del calendario académico, durante la cual los estudiantes son más propensos a realizar BD y también es el que permite dar cuenta de esta conducta sin infravalorar o sobreestimar su realización y la cantidad de consumo ingerida (Cho, Johnson y Fendrich, 2001; Cortés, Espejo y Giménez, 2007; Courtney y Polich 2009).

Expuestas las principales ventajas y desventajas del uso de diferentes lapsos temporales se recomienda la utilización de los últimos 6 meses, como periodo de referencia para evaluar el BD.

## **2.5. Definición del Consumo Intensivo de Alcohol (CIA)**

Como se ha expuesto previamente, el término que cuenta con más apoyo para definir este patrón de consumo a nivel nacional es el de Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol (CIA), el cual fue propuesto en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, realizada en 2007.

En esta conferencia un conjunto de expertos, tras revisar la información publicada hasta ese momento sobre el tema, concluyeron que el CIA aludía a la ingesta de *60 o más gramos de alcohol (6 UBEs) en el caso de los hombres y 40 o más gramos de alcohol (4 UBEs) en el caso de las mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0.8 g/l)* (MSC, 2008).

Esta definición, asume los principales parámetros defendidos por el NIAAA (2004) desde hace años y aceptados por la comunidad internacional. Tal como se ha enunciado anteriormente, este centro de investigación equipara el BD con la ingesta, durante un intervalo aproximado de dos horas, de 5 o más

UBEs en los varones y 4 o más UBEs en las mujeres, mediante el que se llega a alcanzar un nivel de alcohol en sangre de 0.8 g/l.

Pero, no se puede obviar que en Estados Unidos una UBE equivale a 14 gramos de alcohol (Tabla 5), equivalencia que no se corresponde con otros países, como es el caso de España. Por este motivo es razonable y necesario adaptar las 5/4 UBEs americanas a las españolas, teniendo en cuenta que en nuestro país 1UBE=10 g. En este sentido, si se multiplican 5/4 UBEs por 14 gramos, se obtiene un resultado de 70 gramos para hombres y 56 gramos para mujeres, que al redondear quedarían como 70 y 60 gramos respectivamente (7/6 UBEs españolas). Esta misma equivalencia propuesta puede encontrarse en investigaciones recientes como la de Livingston (2013) en Australia (1UBE=10 g), el cual concluye que el uso de 7 consumiciones es el adecuado para asociar el CIA con las consecuencias negativas derivadas del mismo.

Sin embargo, dado que el uso del número de consumiciones puede resultar ambiguo y de difícil generalización entre los países para evaluar la cantidad de alcohol ingerido durante el CIA, en este trabajo se utiliza la cantidad de gramos consumidos para conseguir una imagen más precisa y realista de este patrón de consumo.

Además, para identificar la duración del CIA se utiliza el número de horas en las que, considerando el ritmo promedio de metabolización del alcohol (1 UBE/hora), el nivel de alcohol en sangre alcanza los 0.8 g/l.

En este sentido, la definición de CIA quedaría descrita, en parte, de la siguiente manera:

El consumo de 70 o más gramos de alcohol para los hombres y 60 o más gramos de alcohol para las mujeres, llegando a alcanzar un nivel de alcohol

en sangre de 0.8 g/l, acotado en función del ritmo promedio de metabolización del alcohol.

De este modo se incluyen dos parámetros en la definición de CIA: **cantidad de alcohol consumido** y **ritmo de ingesta**, pero no se hace referencia a un tercer parámetro que se ha visto determinante para dar cuenta de una conducta intermitente: el **período temporal durante el cual se rastrea** este patrón de consumo.

Tras la revisión efectuada y siguiendo las recomendaciones de diferentes investigadores (Courtney y Polich , 2009; Hartley y cols., 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003), en este trabajo se incluye la evaluación del BD **durante los últimos 6 meses**.

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

Desde los inicios del CIA, numerosos investigadores han asociado este patrón de consumo con una amplia variedad de problemas psicosociales (Brewer y Swahn, 2005; Calafat y cols., 2005; Calafat, 2007; Farke y Anderson, 2007; Martens y cols., 2005; Neighbors, Walker y Larimer, 2003; Park, 2004; Ray, Turrisi, Abar y Peters, 2009; Syre, Pesa, y Cockley, 1999), siendo los más habituales en la literatura científica los síntomas de intoxicación, problemas académicos o laborales, de relaciones interpersonales, conductas sexuales no planificadas o sin protección, conducir bajo los efectos del alcohol, hacer cosas de las que luego se arrepienten, lagunas mentales, discutir con amigos, consumir otras drogas, estar involucrado en peleas, sufrir perjuicios, tener

problemas legales y causar daños a terceros (Cortés, 2010; Devos-Comby y Lange, 2008; Espada y cols., 2003; Gmel, Rehm y Kuntsche, 2003; Hanson y Engs, 1992; Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein, y Wechsler, 2002; Hingson, Zha y Weitzman, 2009; Kahler y cols., 2005; Mallett y cols., 2011; Naimi y cols., 2003; Shield, Gmel, Patra y Rehm, 2012; Motos, Cortés, Giménez, y Cadaveira, 2015; Oesterle y cols., 2004; Presley y cols., 1993; Wechsler, Dowdall, Davenport, y Castillo, 1995a; Wechsler e Isaac, 1992; Wechsler y Nelson, 2010).

En este sentido, son varios los autores que han descrito un aumento en la experimentación de estas consecuencias cuando las personas que realizan el CIA, consumen mayores cantidades de alcohol. El estudio desarrollado por Miller, Plant y Plant (2005), mostró que cuantas más UBEs ingerían los sujetos durante la última semana, más consecuencias negativas experimentaban durante el año previo al estudio. Además, también mostraron un aumento en la cantidad de consecuencias negativas experimentadas, cuando el alcohol se consumía de manera intensiva o concentrada, respecto a aquellos que lo consumían de manera espaciada a lo largo de toda la semana.

En la misma línea, Wechsler y cols. (1994, 1998, 1999 y 2000) mostraron que los jóvenes universitarios que realizaban CIA de manera más frecuente, tenían más probabilidad de experimentar cinco o más consecuencias que aquellos que no seguían este patrón de consumo. Resultados similares obtuvieron Daepfen y cols. (2005), al comparar los CIAs infrecuentes (menos de una vez al mes) con los frecuentes (más de dos veces al mes), obteniendo mayores tasas de experimentación en los segundos. El estudio realizado por Dupuis y cols. (2014) en una muestra únicamente masculina, además de asociar la frecuencia del CIA con la existencia de consecuencias negativas, demostró que esta relación no era lineal, concluyendo que el riesgo de padecer

consecuencias derivadas del CIA no venía completamente explicado por la frecuencia de consumo.

Las consecuencias que experimentan los jóvenes CIA han sido evaluadas sirviéndose de diferentes instrumentos no exclusivos, la mayoría de ellos, de este tipo de población. Los más afines son el *Rutgers Alcohol Problem Index -RAPI-* (White y Labouvie, 1989), *Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire -YAACQ-* (Read, Kahler, Strong y Colder, 2006), *Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire -B-YAACQ-* (Kahler y cols., 2005) o el *Instrumento de Evaluación de Consumo Intensivo -IECI-* (Cortés, Giménez, Espejo, Tomás y Motos, 2012a). Los tres últimos agrupan las consecuencias psicosociales en ocho categorías (Cortés y cols., 2012a; Kahler y cols., 2005; Read y cols., 2006). Estos ocho bloques se describen a continuación destacando las principales conclusiones obtenidas en la investigación.

*Consecuencias socio-interpersonales.* Según O'Malley, Johnston y Bachman (1998) más de la mitad (52%) de los jóvenes que ingieren alcohol, se arrepienten de cosas que han dicho o hecho mientras estaban bebiendo. El estudio llevado a cabo por Wechsler y cols. (1994) muestra que un 63% de los jóvenes que realizan CIA de manera frecuente experimentan esta consecuencia, frente un 37% de los que son CIA infrecuentes, o un 14% de los No CIA. Porcentajes similares obtuvieron al analizar las discusiones con amigos, volviendo a destacar los CIA frecuentes. Miller y cols., (2005), asocian mayores problemas interpersonales (con familia, pareja, amigos, etc.) cuando los sujetos que realizan CIA lo hacen con mayor cantidad y frecuencia. Además, las investigaciones de Cortés, Espejo, Giménez y Motos (2011), apuntan hacia una mayor prevalencia por parte de los varones a la hora de experimentar este tipo de consecuencias, sobre todo cuando se trata de decir o hacer cosas vergonzosas.

*Síntomas de intoxicación.* Según O'Hare (1990) los jóvenes consumidores de alcohol llegan a presentar elevados porcentajes de resaca, náuseas o vómitos y lagunas de memoria (68.6%, 54.5% y 26.5%). Por otra parte, Wechsler y cols. (1994), mostraron que se producía un aumento en la prevalencia de lagunas de memoria cuanto más frecuente era el CIA. En la misma línea, Dupuis y cols. (2014) en su trabajo llevado a cabo únicamente con hombres, observaron que el 8.9% de los No CIA experimentaban esta consecuencia, frente a un 50.2% de los que practicaban CIA semanal. Por otro lado, Park y Grant (2005) informaron de una relación directa entre la cantidad de alcohol consumido en el CIA y la experimentación de resaca. Además indicaron que era una de las consecuencias negativas más frecuentes, tanto en mujeres como en varones. En este sentido, Wechsler y cols. (1994) detectaron ratios de experimentación de resaca en aquellos que realizan CIA de manera infrecuente (75%), siendo más elevada la prevalencia entre CIA de mayor frecuencia (90%). Diferenciando por sexos, el trabajo realizado por Cortés y cols. (2011) muestra que son las mujeres las que destacan en la experimentación de resaca y en lagunas de memoria.

Cuando estos síntomas de intoxicación llegan al extremo suele aparecer sobredosis de alcohol, y en consecuencia ingresos hospitalarios, coma o incluso muerte (Cherpitel, Tam, Midanik, Caetano y Greenfield, 1995; Cherpitel y cols., 2003; Espada y cols., 2003; Hingson y Howland 1987; Wechsler y Nelson, 2010). Gmel, Kuntsche, Wicki y Labhart (2010), afirman una mayor prevalencia de hospitalizaciones cuanto más frecuente es el CIA. Además, Park y Grant (2005) manifiestan un índice de ocurrencia superior en la experimentación de sobredosis por parte de los hombres.

*Determinación del control.* Entre las consecuencias más características de la pérdida de control destacan, el no saber parar de consumir alcohol, beber

más de lo que se había planeado en un principio e intentar reducir o dejar el consumo (Cortés y cols., 2011; Kahler, Strong, Read, Palfai y Wood, 2004). Por su parte, Motos (2013), informa que la que presenta mayor prevalencia entre la población de jóvenes universitarios es beber más de lo planeado, mientras que Cortés y cols. (2011), llegan a confirmar que son las mujeres las que más destacan en esta consecuencia. Por otro lado, el estudio elaborado con estudiantes por Park (2004), muestra que el 19% de hombres y el 31% de mujeres han intentado reducir el consumo de alcohol en los últimos dos meses.

*Conductas de riesgo.* Entre las conductas de riesgo más mencionadas destacan perjudicar/lesionar a alguien o meterse en peleas mientras se está bebiendo, conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol y realizar prácticas sexuales no planificadas y/o sin protección (Cortés y cols., 2011).

Son múltiples los investigadores que muestran la conexión entre el CIA y la violencia (Anderson y Baumberg, 2006; Arata, Stafford y Tims, 2003; Brewer y Swahn, 2005; Chatterji, Dave, Kaestner y Markowitz, 2004; Cranford y cols., 2006; Greenfield y Henneberg, 2001; Hingson y Kenkel, 2004; Macdonald y cols., 2005; Miller y cols., 2007; O'Hare, 1990; Rossow, PERNANEN y Rehm, 2001; Shield y cols., 2012; Swahn, Simon, Hammig y Guerrero, 2004; Wechsler y cols., 1994, 1995a, 1998, 2000, 2002; Wechsler e Isaac, 1992; Wechsler y Nelson, 2001; Wells, Graham y West, 2000). Vinson, Maclure, Reidinger y Smith (2003) encontraron en población general, un aumento en la posibilidad de resultar lesionado si se ingerían 7 o más consumiciones. Wechsler y cols. (1994), mostraron que los jóvenes con patrones CIA, eran más proclives a experimentar peleas, provocar perjuicios a la propiedad y estar implicados en asuntos policiales. En la misma línea, el estudio internacional desarrollado por Macdonald y cols. (2005) detectó que aquellos pacientes que tenían concentraciones de alcohol en sangre iguales o superiores a 0.8 g/l (CIA),

tenían el triple de posibilidad de experimentar lesiones de manera violenta en comparación con el resto de sujetos, y además esta probabilidad aumentaba cuanto mayor era la cantidad de alcohol consumido. Dupuis y cols. (2014) por su parte pudieron observar en consumidores varones que aquellos que realizaban CIA semanal, eran más propensos a sufrir lesiones, que aquellos que realizaban CIA infrecuente o No CIA. Por otro lado, Park y Grant (2005), describieron la existencia de una relación directa entre la cantidad de alcohol consumido y el resultar lesionado, únicamente entre los varones.

Otra de las conductas de riesgo más descritas en la literatura científica es la de conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol (Álvarez y Del Río, 1997, 1999; Álvarez, Del Río, Sancho, Rams y González-Luque, 2000; Arata y cols., 2003; Brown y D'Amico, 2000; Calafat, Adrover, Juan y Blay, 2008; Chatterji y cols., 2004; Cranford y cols., 2006; D'Amico y cols., 2001; Del Río, 2002; Hingson y Kenkel, 2004; Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2005; Hingson y cols., 2009; O'Malley y cols., 1998; Park, 2004; Read y cols., 2006; Wechsler e Isaac, 1992; Wechsler y cols., 1994, 1995a, 1998, 2000, 2002; Wechsler y Nelson, 2001). En un estudio llevado a cabo por jóvenes de 14 a 25 años en diversas ciudades españolas, se detectó que el 50.2% de ellos reconocían haber subido alguna vez durante el último mes a un vehículo conducido por un conductor ebrio, mientras que el 23.2% afirmaba haber conducido bajo la influencia del alcohol (Calafat y cols., 2008). Además, solían ser varones los conductores ebrios con mayor frecuencia (Calafat y cols., 2008; Cortés y cols., 2011).

Diversas investigaciones muestran la afectación que tiene esta sustancia sobre las capacidades básicas para la conducción de vehículos. Entre ellas destacan la alteración en el rendimiento psicomotor, pérdida de reflejos, sensación de control, euforia y déficits perceptivos (Espada y cols., 2003;

Giménez y Cortés, 2000; RACC, 2009; Weiss, Kaplan y Prato, 2014). Si a estas alteraciones producidas por el alcohol, se añaden factores que son característicos de los jóvenes como la inexperiencia, desinhibición, forzar los límites o el desprecio de normas (Foss y Goodwin, 2014; Laapotti, Keskinen y Rajalin, 2003; Weis y cols., 2014), es lógico prever un aumento en el riesgo de padecer accidentes de tráfico (Anderson y Baumberg, 2006; Hingson y cols., 2009; Hingson y cols., 2005; O'Hare, 1990; Shield, y cols., 2012; Wechsler e Isaac, 1992; Wechsler y Nelson, 2010).

En este sentido, Arranz y Gil (2006) estimaron que una de cada cuatro muertes en carretera se atribuía a jóvenes varones (15 a 29 años) como consecuencia del consumo de alcohol. El estudio llevado a cabo por Calafat, y cols. (2008), muestra que el 5.3% de los jóvenes evaluados en su muestra, admiten haber sufrido algún accidente de tráfico en el último año a causa del alcohol. Además, aseguran que a pesar de que la frecuencia del CIA y el género masculino son buenos predictores de los accidentes de tráfico, el que obtiene mayor fuerza a la hora de predecirlos es el hecho de conducir un vehículo estando ebrio.

La práctica sexual no planificada o sin protección es otra de las conductas de riesgo que se encuentra presente entre los CIA (Anderson y Baumberg, 2006; Arata y cols., 2003; Chatterji y cols., 2004; Cranford y cols., 2006; Hingson, Assailly y Williams, 2004; Hingson y Kenkel, 2004; Miller y cols., 2007; Wechsler y cols., 1994, 1995a, 1998, 2000, 2002; Wechsler e Isaac, 1992; Wechsler y Nelson, 2001). Wechsler y cols. (1994) identifican que los CIA frecuentes tienen hasta 16 veces más posibilidades que los No CIA de practicar actividades sexuales no planificadas. Dupuis y cols. (2014) identifican un 12.4% de varones que han practicado sexo no planificado durante el último año tras consumir alcohol, mientras que un 7.4% informan hacerlo sin

protección. Además, observaron que los porcentajes aumentaban conforme lo hacía la frecuencia del CIA. Resultados similares obtuvieron Gmel y cols. (2010), advirtiendo de la realización de prácticas sexuales sin protección en casi la mitad de los entrevistados (45.1%) que realizaban CIA más de 10 veces al mes.

*Autopercepción.* Entre las alteraciones más características destacan el sentirse deprimido o triste, infeliz, culpable o avergonzado por la manera en que se consume esta sustancia (Cortés y cols., 2012a; Kahler y cols., 2004). Diversos estudios muestran que los CIA experimentan con más frecuencia que los No CIA sentimientos de culpa, vergüenza o malestar consigo mismo a causa del consumo de alcohol realizado. (Cortés y cols., 2011; Motos, 2013). Además, Motos (2013), informa de una mayor prevalencia por parte de las mujeres de sentirse triste o deprimida durante el consumo.

*Dependencia física.* Existe evidencia científica que apoya la relación del CIA juvenil con la mayor probabilidad de desarrollar una dependencia al alcohol en la edad adulta (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin y Patton, 2004; IAS, 2007). Dupuis y cols. (2014) observaron una asociación superior cuanto más frecuente era el CIA. Sus resultados mostraron una prevalencia de síntomas de dependencia para los No CIA del 1.3%, mientras que este porcentaje aumentaba al 19.9% cuando se trataba de jóvenes que realizaban CIA semanal. Diferenciando por sexos, Cortés y cols. (2011), destacaron por parte de los varones entrevistados una mayor prevalencia en la necesidad de consumir más alcohol para conseguir los mismos efectos.

*Consecuencias escolares/profesionales.* Muchos han sido los autores que asocian el CIA con la aparición de consecuencias negativas a nivel escolar o profesional (Arata y cols., 2003; Brown y D'Amico, 2000; Chatterji y cols.,

2004; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2011; Cranford y cols., 2006; Espada y cols., 2003; Hingson y Kenkel, 2004; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Miller y cols., 2007; O'Malley y cols., 1998; Read y cols., 2006; Wechsler y cols., 1994, 1995a, 1998, 2000, 2002; Wechsler e Isaac, 1992; Wechsler y Nelson, 2001). Brown y D'Amico (2000), detectaron que alrededor del 15% de los jóvenes presentaban problemas para estudiar y obtenían puntuaciones académicas inferiores como consecuencia del consumo de alcohol. A su vez, Wechsler y cols. (1994) concluyeron que los CIA tenían 16 veces más posibilidades que los No CIA de perder clases, siendo evidente la disminución del rendimiento escolar entre los CIA frecuentes respecto a los CIA infrecuentes. Diferenciando por sexos, Park (2004) determinó que entre las mujeres la cantidad de alcohol consumida estaba significativamente relacionada con una disminución en el rendimiento escolar. Resultados similares obtuvieron Cortés y cols. (2011), al informar de una mayor prevalencia por parte de las mujeres de un menor rendimiento académico a causa del consumo de alcohol. Por el contrario, los hombres reconocían perder clases o asistir bajo los efectos del alcohol con más frecuencias que ellas.

*Consumo de otras drogas.* El consumo de alcohol también se encuentra relacionado con el consumo de otras drogas (Arévalo, Masip y Abecia, 1997; Comas, 1990; D'Amico y cols., 2001; EDADES, 2011; Espada y cols., 2003; ESTUDES, 2012; Hingson y cols., 2004; Kim, Larimer, Walker y Marlatt, 1997; Miller y cols., 2007; O'Malley y cols., 1998; Secades, 1996; Wechsler y cols., 1995a). En este sentido, el IAS (2007) advierte que los CIA tienen más probabilidad que los No CIA de consumir drogas ilegales. Miller y cols. (2007) llegaron a una conclusión similar pero añadieron también el incremento en el consumo de tabaco entre los CIA. De un modo más general, O'Malley y cols. (1998) detectaron altas prevalencias en el consumo de tabaco y marihuana entre los estudiantes que consumían alcohol.

Siguiendo en la misma línea, las últimas encuestas nacionales sobre alcohol y drogas (EDADES, 2011; ESTUDES, 2012), muestran resultados semejantes a los descritos en la literatura científica (Tabla 6).

Tabla 6

*Proporciones de consumidores de otras drogas en población general y estudiantes de enseñanzas secundarias consumidores de alcohol (elaborado a partir de EDADES, 2011 y ESTUDES, 2012)*

Alcohol + <b>Sustancia</b>	<b>Población general</b> (15-64 años) %	<b>Población enseñanzas secundarias</b> (14-18 años) %	
	<b>Último año</b>	<b>CIA último mes</b>	<b>No CIA último mes</b>
Tabaco	44.5	-	-
Cannabis	11.9	31.2	5.5
Cocaína polvo y/o base	2.9	3.1	0.3
Éxtasis	0.9	2.5	0.2
Anfetaminas/Speed	0.8	2.0	0.2
Alucinógenos	0.5	2.1	0.2
Heroína	0.1	1.1	0.1
Inhalantes volátiles	0.1	1.4	0.3
GHB	-	1.4	0.1

En general, las sustancias más utilizadas en combinación con el alcohol son el tabaco (44.5%) y el cannabis (11.9%), quedando la cocaína en tercer lugar, pero con porcentajes inferiores (2.9%) (EDADES, 2011). En población joven (14-18 años), se observa que los CIA obtienen mayores prevalencias de consumo para todas las drogas evaluadas, siendo más frecuente el uso de cannabis entre las drogas ilegales (CIA: 31.2% / No CIA: 5.5%). Si se diferencia por sexos, un 22.7% de los hombres de 14 a 18 años realizan esta combinación (alcohol y cannabis), frente a un 16.5% de las mujeres. Además, este índice de prevalencia aumenta conforme incrementa la edad (14 años: 6.8% / 18 años: 29.7%) (ESTUDES, 2012).

En definitiva, son diversas las consecuencias psicosociales que manifiestan los jóvenes CIA, en mayor o menor medida, derivadas de su consumo. Sin embargo, a pesar de la importancia que estas representan dentro de la propia definición del consumo intensivo, lo cierto es que no se les ha prestado la suficiente atención (Cooper, 2002; Gmel, Kuntsche y Rehm, 2011; Ham y Hope, 2003; Perkins, 2002), posiblemente a consecuencia de la polémica y heterogeneidad que ha rodeado la operacionalización del CIA. En general, se percibe una falta de instrumentos adecuados, para identificar y medir este tipo de consecuencias en el sector poblacional más joven.

## **4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE ESTA INVESTIGACIÓN**

Teniendo en cuenta la tendencia global del CIA entre el sector joven de la población, sumado a las repercusiones que de este se derivan, parece razonable plantearse un estudio en profundidad del mismo que incluya la mayor parte de aspectos confusos en este ámbito. De este modo se tratará de esclarecer al máximo posible desde la operacionalización de este patrón de consumo hasta la medida objetiva de las consecuencias que se pueden generar en este colectivo.

Concretamente, con este trabajo se tratará de comprobar la utilidad y el ajuste que tienen distintas medidas utilizadas en la operacionalización del CIA, identificando aquellas que resulten más adecuadas para su valoración.

Para lograr este objetivo principal se plantean diferentes objetivos específicos:

1. Determinar las características del patrón de consumo de alcohol de los jóvenes evaluados, identificando diferentes colectivos CIA en función de su nivel de intensidad -consumo y frecuencia-. Las hipótesis que se efectúan al respecto son las siguientes:
  - 1.1. La edad de inicio del consumo de alcohol entre los entrevistados será superior a la obtenida en encuestas realizadas con población más joven (Cortés y cols., 2007; EDADES, 2011; Espada y cols., 2000; Montañana, 2012; Salamó y cols., 2010). Además, se espera encontrar edades inferiores en el inicio del consumo entre las mujeres (Controla Club, 2011) y en aquellos que presentan CIA, sobre todo en los más severos (Cadaveira, 2009; Calafat, 2007; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2010; Motos, 2013; Motos y Cortés, 2013; Read y cols., 2008).
  - 1.2. La frecuencia de consumo es más elevada en los hombres (Cortés y cols., 2010; EDADES, 2013; Salamó y cols., 2010; WHO, 2014) y en aquellos que presentan CIA (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2010; Montañana, 2012; Motos, 2013; Tronch, Montañana, Motos, Giménez y Cortés, 2012; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y Nelson, 2001).
  - 1.3. Los días de celebración especial se caracterizan por una mayor ingesta de consumiciones, en comparación con los días de consumo habitual (Montañana, 2012).
  - 1.4. La cantidad de alcohol consumida es superior en los hombres (Cortés y cols., 2010; EDADES, 2013; WHO, 2014) y en aquellos que presentan CIA (Anderson y Baumberg, 2006; Brick, 2006; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2007; Cortés y cols.,

- 2010; Farke y Anderson, 2007; Montañana, 2012; Motos, 2013; Tronch y cols., 2012).
- 1.5. Los fines de semana son los días predominantes en el consumo de alcohol, incluyendo el jueves y viernes (Cortes y cols., 2007; EDADES, 2011; Giménez y cols., 2010; Kuntsche y Gmel, 2013; Montañana, 2012, Motos, 2013).
  - 1.6. El acceso al consumo se produce principalmente en bares y lugares públicos (Anderson y Baumberg, 2006, ESTUDES, 2012, Montañana, 2012).
  - 1.7. Los tipos de bebida que más predominan son la cerveza y los destilados, siendo los hombres los más propensos a las bebidas de alta graduación (Cortes y cols., 2007; ESTUDES, 2012; GIESyT, 2001; Giménez y cols., 2010; Navarrete, 2004; Salamó y cols., 2010).
2. Determinar la adecuación del cuestionario AUDIT para detectar el patrón CIA juvenil. Las hipótesis que se efectúan al respecto son las siguientes:
- 2.1. El AUDIT no discrimina de manera adecuada aquellos jóvenes que realizan CIA menos severo (Cortés, Luque, Giménez, y Motos, 2012b; Cortés, Giménez, Motos y Sancerni, 2016; Motos, 2013).
  - 2.2. El AUDIT-C es la versión abreviada del AUDIT que mejores resultados ofrece en la detección del CIA (Chung y cols., 2000; Cortés y cols., 2016; DeMartini y Carey, 2012; Fairlie, Sindelar, Eaton y Spirito, 2006)

- 2.3. El AUDIT resulta una herramienta poco fiable para valorar el CIA juvenil (Cortés y cols., 2012b; Cortés y cols., 2016; Montañana, 2012; Motos, 2013).
3. Evaluar la adecuación de diferentes medidas utilizadas para registrar el CIA y determinar cuáles resultan más adecuadas. Las hipótesis que se realizan al respecto son las siguientes:
  - 3.1. Los gramos ingeridos resultan una medida más adecuada que el número de consumiciones, a la hora de valorar la cantidad de alcohol ingerido en el CIA (Bonar y cols., 2012; Brick, 2006; DeJong, 2001; Glassman, 2010; Jackson, 2008; Kerr y cols., 2005; Lange y Voas, 2001; Parada y cols., 2011; Perkins y cols., 2001; Read y cols., 2008; Selin, 2003; Stahre y cols., 2006; White y cols., 2005, 2006).
  - 3.2. La UBE estimada para población general infravalora la cantidad de alcohol consumido durante el CIA juvenil (Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010; Devos-Comby y Large, 2008; Giménez, y cols., 2010, 2013; Graves y Kaskutas, 2002; Montañana, 2012; Montañana y cols., 2012; Stockwell y Honig, 1990; White y cols., 2005; White, Kraus, McCracken y Swartzwelder, 2003).
  - 3.3. Los gramos **reales** ingeridos resultan la medida más útil para valorar la cantidad de alcohol consumido en el CIA juvenil (Brick, 2006; Montañana, 2012; Selin, 2003).
  - 3.4. Utilizar una UBE adaptada al sector joven de la población, derivada de los gramos reales que consumen, resulta en un ajuste más preciso de la evaluación del consumo (Giménez y cols., 2011; Montañana, 2012; Montañana y cols., 2012).

- 3.5. El número de horas concreto -acotados en función del ritmo promedio de metabolización- resulta una medida más adecuada que la utilización de *una única ocasión de consumo*, a la hora de valorar la duración del evento de CIA (Beirness y cols., 2004; CDC, 2000; Courtney y Polich, 2009; D'Onofrio y cols., 2008; Higson y cols., 2004; Lange y cols., 2002b; Marczinski y cols., 2007; McAlaney y McMahan, 2006; NIAAA, 2004; Page y cols., 2008; Rosón, 2008).
  - 3.6. La frecuencia de realización del CIA es de al menos una vez al mes (Baer y cols., 2001; Bendtsen y cols., 2006; Borsari y Carey, 2000; Chavez y cols., 2011; Jennison, 2004; Kuntsche y cols., 2006; Leon y cols., 1997; Paul y cols., 2011; Valencia-Martín y cols., 2007; Wechsler y cols., 1995a)
4. Teniendo en cuenta tres cuestionarios distintos (IECI, B-YAACQ y RAPI), determinar cuáles son las consecuencias psicosociales derivadas del consumo de alcohol, que experimentan los jóvenes. Además, se pretende identificar qué ítems resultan más adecuados para obtener un perfil completo de las consecuencias características de los CIA. Las hipótesis que se efectúan al respecto son las siguientes:
- 4.1. Cuanto más severo es el *cluster* CIA que se evalúa, mayor número de consecuencias experimentadas (Cortés y cols., 2012b; Motos, 2013; Gmel y cols., 2010; Motos y cols., 2015; Parada y cols., 2011; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001).
  - 4.2. Las consecuencias relacionadas con comportamientos externos son más características de los varones, mientras que las relacionadas con problemas internos o emocionales se

caracterizan más en las mujeres (Cortés y cols., 2011; Crick y Zahn-Waxler, 2003; Lo, 1996; Perkins, 2002).

- 4.3. Las consecuencias más experimentadas por los jóvenes que realizan CIA, y por tanto las más útiles para obtener un perfil completo de los mismos, son los síntomas físicos derivados de la intoxicación (vómitos, resaca, lagunas de memoria, etc.), pérdida del control, problemas socio-interpersonales y tolerancia física (Cortés y cols., 2011; Devos-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2005; Motos, 2013; Park, 2004; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001).
- 4.4. Las consecuencias que menos experimentan los jóvenes CIA son los síntomas de dependencia alcohólica relacionados con la abstinencia, consumo de otras sustancias y deterioro socio-interpersonal (Cortés, 2010; Cortés y cols., 2010; Kahler y cols., 2004; Kahler y cols., 2005; Read y cols., 2006).



## **CAPÍTULO 2.**

### **MÉTODO**



Este capítulo incluye una descripción de los instrumentos y metodología empleada para la ejecución del trabajo. En primer lugar, se explica el procedimiento mediante el cual se obtiene la muestra, así como una descripción detallada de las principales características de la misma. En segundo lugar, se describen los diferentes instrumentos utilizados para llevar a cabo esta investigación. Por último, se detalla el análisis estadístico aplicado en la elaboración de los resultados.

## **1. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA**

Se ha evaluado a estudiantes universitarios y de Formación Profesional. La muestra de universitarios procede de las facultades de Psicología, Fisioterapia y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (FCAFE) de la Universitat de València. La de Formación Profesional fue facilitada por los Centros Integrales Públicos de Formación Profesional (CIPFP) de Mislata y Alzira.

En todos ellos se siguió un procedimiento similar. En primer lugar, se mantuvieron reuniones con los responsables de cada centro, en las que se concretaron el lugar de realización y la programación a seguir.

En el caso de los CIPFPs, se asignó un aula desocupada para la realización del estudio. Los alumnos fueron remitidos desde las aulas en grupos de máximo 10 personas. Previo a empezar con el pase de la prueba se verificó que todos ellos cumplieran con los criterios de inclusión (Tabla 7). Seguidamente, se procedió a la explicación y ejecución de la misma.

Los estudiantes procedentes de la universidad fueron reclutados de manera aleatoria por el investigador y tras aceptar colaborar en la investigación y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión (Tabla 7) se les acompañó al lugar asignado para realizar la prueba. En este caso, los lugares designados fueron distintos dependiendo de la facultad (despacho profesorado, aulas específicas, etc.).

En todos los casos (CIPFPs y universidad) la participación al estudio fue anónima y voluntaria.

Tabla 7  
*Criterios de inclusión de la muestra*

<b>Criterios de inclusión</b>
Edad comprendida entre 19 y 26 años.
Nacionalidad española.
Consumo de alcohol en los últimos 6 meses.

Los pases de pruebas estuvieron asistidos en todo momento por el investigador y colaboradores externos entrenados para ello, los cuales informaron de la finalidad de la investigación y dieron las instrucciones para realizar de manera correcta las pruebas, incidiendo en aquellas partes de la misma que resultaron más difíciles de entender (tabla de registro del consumo semanal y experimento).

## **2. DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES**

Un total de 421 estudiantes participaron en la investigación. Sin embargo 20 sujetos fueron eliminados al presentar datos extremos. La muestra analizada se compone de 401 sujetos, de los cuales el 52.9% ( $n = 212$ ) son

mujeres, y el 47.1% ( $n = 189$ ) hombres, todos ellos con edades comprendidas entre 19 y 26 años. El 49.4% ( $n = 198$ ) procede de centros de Formación Profesional, mientras que el 50.6% ( $n = 203$ ) son de grados universitarios.

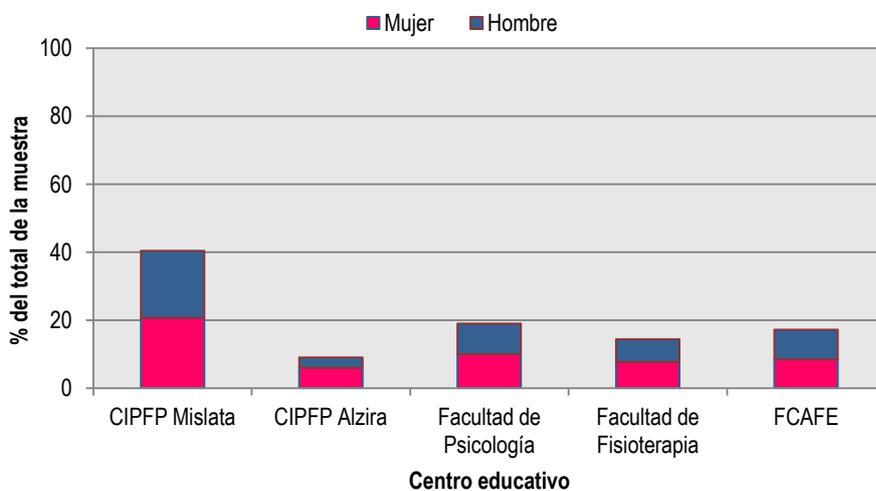
Al diferenciar la muestra en función del sexo y formación académica se observa una distribución similar entre hombres y mujeres (Tabla 8).

Tabla 8  
Distribución de la muestra en función del sexo y del tipo de centro

Centro educativo	Formación Profesional	Universidad
Mujer	107 (50.5%)	105 (49.5%)
Hombre	91 (48.1%)	98 (51.9%)

Esta distribución simétrica por sexos se aprecia para la mayoría de centros participantes (Figura 9).

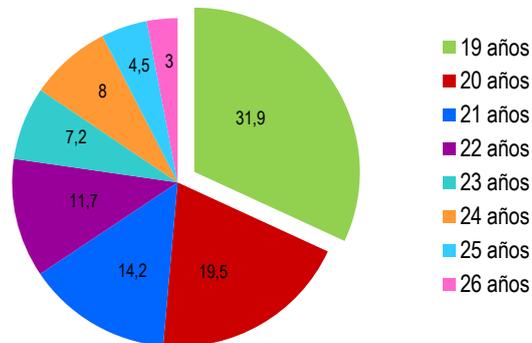
Figura 9  
Distribución de la muestra en función del centro educativo y del sexo



Destacar la superioridad numérica de las mujeres en el CIPFP de Alzira, con un 6% ( $n = 24$ ) respecto a un 3% ( $n = 12$ ) en los hombres (porcentajes en función del total de la muestra). Esto es debido a que este centro fue utilizado para complementar al CIPFP de Mislata y poder equilibrar además las muestras de centros educativos.

La media de edad se encuentra en 21 años ( $d.t = 2.01$ ), con mayor frecuencia de los estudiantes con 19 años (31.9%). A partir de los 22 años, las frecuencias van disminuyendo (Figura 10), llegando a obtener el menor índice de representación en la edad de los 26 años (3%).

Figura 10  
Porcentaje de estudiantes que componen cada una de las edades incluidas en el estudio



Dos terceras partes de la muestra son considerados CIA, mientras que el 33.7% se clasifica como NO CIA. Entre las mujeres, más de las tres quintas partes cumplen con los criterios de consumo intensivo (60.8%). En los hombres, un 72.5% satisface este criterio (Tabla 9). Teniendo en cuenta el nivel académico, alrededor de un tercio de los estudiantes evaluados tanto en centros de Formación Profesional como en la universidad son considerados CIA (Formación Profesional: 65.2% / universidad: 67.5%) (Tabla 10).

Tabla 9  
Distribución de la muestra en función del sexo y del tipo de consumo

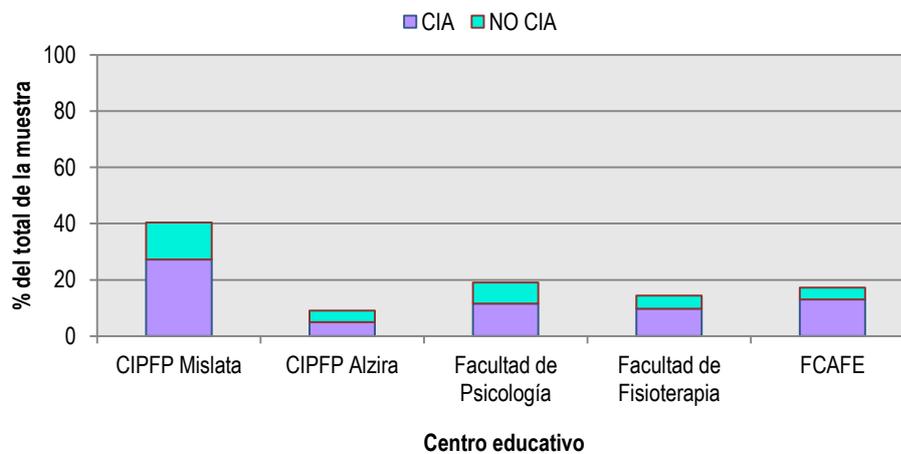
Tipo de consumo	Mujer	Hombre	Total
CIA	129 (60.8%)	137 (72.5%)	266 (66.3%)
NO CIA	83 (39.2%)	52 (27.5%)	135 (33.7%)

Tabla 10  
Distribución de la muestra en función del tipo de centro y tipo de consumo

Tipo de consumo	Formación Profesional	Universidad	Total
CIA	129 (65.2%)	137 (67.5%)	266 (66.3%)
NO CIA	69 (34.8%)	66 (32.5%)	135 (33.7%)

Frecuencias similares se observan cuando se describe la distribución en cada uno de los centros colaboradores (Figura 11). En todos ellos se identifican mayores porcentajes de estudiantes CIA que de NO CIA. Únicamente en el CIPFP de Alzira esta distribución se encuentra más equiparada.

Figura 11  
Distribución de la muestra en función del centro educativo y del tipo de consumo



Es importante recordar que en este trabajo se considera CIA a los jóvenes que realizan un consumo de 70 o más gramos de alcohol en el caso de los hombres, y 60 o más gramos en el caso de las mujeres llegando a alcanzar un nivel de alcohol en sangre de 0.8 g/l, acotado en función del ritmo promedio de metabolización del alcohol, siendo este evaluado en los últimos 6 meses. Mientras que los NO CIA han consumido en los últimos 6 meses, pero no con esta intensidad. Así pues, todos los participantes consumen alcohol, pero el patrón que siguen es distinto.

### **3. INSTRUMENTOS**

En este apartado se describen las principales características de los instrumentos utilizados, para la realización de este trabajo. En primer lugar, se detallan aquellas pruebas que han sido empleadas para la evaluación del patrón de consumo de alcohol. Seguidamente, se incluyen los cuestionarios para evaluar las consecuencias derivadas del consumo de alcohol.

#### **3.1. Patrón de consumo**

##### **3.1.1. Instrumento de Evaluación de Consumo Intensivo (IECI) (1ª parte)**

Este instrumento fue diseñado por Cortés y cols. (2012a) con el objetivo de evaluar el consumo intensivo de alcohol que realizan los jóvenes. La información que recoge el instrumento dedicada al patrón de consumo, se puede agrupar en los siguientes apartados:

### Datos generales

En primer lugar se registran datos que aportan información general sobre el participante (*curso, edad, sexo, peso y nacionalidad*). Además, se identifica la edad de inicio en el consumo de alcohol mediante el ítem *-Indica la edad en la que decidiste beber por voluntad propia-*.

### Ingesta de alcohol

A continuación, se registra si hay un consumo actual o no entre los entrevistados (*Actualmente, ¿consumes alcohol?*), para ello se presenta una tabla dividida en tres secciones. La primera identifica aquellos jóvenes que han consumido en los *últimos 6 meses*, la segunda a los que han consumido *hace más de 6 meses*, y la tercera a los que *no consumen*.

Si la respuesta es afirmativa en los últimos 6 meses, se les pide que indiquen el *número de consumiciones/copas que suelen tomar*, y el *número de consumiciones/copas que toman en un día de celebración o especial (fiestas patronales, cumpleaños, Nochevieja, etc.)*.

En el caso de que la respuesta sea afirmativa pero hace más de 6 meses, se les pide que indiquen *cuándo fue la última vez que consumieron*, y *qué solían consumir en ese momento (por ejemplo: 2 cervezas + 1 cubata + ...)*.

Si la respuesta es *-No consumo-*, deben elegir entre dos opciones la que más se ajuste a su situación. Las opciones que se presentan son las siguientes: *a) No he consumido nunca, b) Sólo he consumido en ocasiones muy puntuales*. En el caso de que los jóvenes se sitúen en esta opción o en la anterior (hace más de 6 meses) finalizan la realización del cuestionario.

### Frecuencia de consumo

En esta sección se evalúa la frecuencia con la que los jóvenes han consumido alcohol durante los últimos 6 meses. Para ello, los participantes anteriormente deben haber confirmado la existencia de consumo actual (últimos 6 meses). En este caso deben indicar *cuántos días al mes han consumido alcohol*, utilizando una tabla en la que aparecen los 6 meses previos al estudio, y para cada mes el número de días que han consumido (*nunca, 1 día, 2 días, 3 días, 4 días, 5 días, 6 días, 7 días, 8 días, 9 ó más días*).

Otra de las preguntas relacionadas con la frecuencia de consumo (*¿Cuántas veces al mes haces este consumo?*) se sitúa en la parte inferior de las tablas de registro (explicadas en el siguiente apartado). Esta tiene como objetivo registrar la frecuencia con la que los participantes realizan un tipo de consumo determinado, para un día de la semana específico.

### Autorregistro

A partir de diversas tablas de registro, se identifica los días de la semana que consumen, la hora aproximada en la que toman alguna consumición, el número de consumiciones, en qué consisten las mismas (han de especificar el tipo de bebida: ej. cubata de ginebra, sangría, cerveza, etc.), el tipo de vaso que utilizan para cada consumición (para esto se sitúa delante de los estudiantes una serie de vasos de distintos tamaños, cada uno de ellos identificado con un número, Figura 13), y el lugar donde realizan el consumo (casa / pub-bar / lugar público).

Los datos aportados por este autorregistro se utilizan para calcular, posteriormente, los **gramos de alcohol estándar** –según medidas profesionales en UBEs- y **reales** –cantidad de alcohol real que se sirve cada joven cuando va

a consumir- que están ingiriendo en una ocasión de consumo (Devos-Comby y Large, 2008; Giménez, y cols., 2010; Giménez y cols., 2011, 2013; Graves y Kaskutas, 2002; Kerr y cols., 2005; Montañana, 2012; Montañana y cols., 2012; Stockwell y Honig, 1990).

En la siguiente tabla se enumeran las consumiciones que suelen utilizar los jóvenes, indicando los gramos de alcohol que contiene cada una de ellas según el estándar profesional (Tabla 11).

Tabla 11  
*Equivalencia en gramos de los diferentes tipos de bebidas*

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

Para calcular el total de gramos de alcohol consumidos durante una sesión de consumo o en unas horas determinadas, a cada bebida referenciada se le asigna, sirviéndose de esta tabla, la cantidad de gramos de alcohol que le correspondería y se suman todas las equivalencias.

Por otra parte, una vez realizado el experimento y comprobada la cantidad de alcohol que se sirve cada persona en una consumición, se calcularon los *gramos de alcohol reales*. En este caso no se recurre a la anterior tabla de equivalencias sino a la cantidad exacta de alcohol que se han servido ellos mismos para cada bebida (el experimento se describe en el apartado 3.1.3).

Una vez transformadas las consumiciones del autorregistro a gramos estándar o reales, se aplicó el criterio descrito anteriormente (70 o más gramos de alcohol en el caso de los hombres, y 60 o más gramos en el caso de las mujeres llegando a alcanzar un nivel de alcohol en sangre de 0.8 g/l, acotado en función del ritmo promedio de metabolización del alcohol) para clasificar a los participantes en CIA / NO CIA.

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

Se trata de una prueba autoadministrada que consta de 10 ítems distribuidos en tres secciones. La primera hace referencia al consumo de riesgo de alcohol, y engloba las preguntas 1 a 3. Mediante estas se identifica la frecuencia con la que consumen (*¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?*), las consumiciones que suelen tomar cuando ingieren alcohol (*¿Cuántas consumiciones sueles tomar en un día cualquiera en el que bebas alcohol?*), y la frecuencia con la que realizan consumo concentrado (*¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas en una ocasión de consumo?*).

La segunda sección describe preguntas relacionadas con los síntomas de dependencia, y abarca las preguntas 4 a 6. Estas identifican la pérdida de control (*¿Con qué frecuencia durante el último año has observado que no eras capaz de dejar de beber una vez habías empezado?*), evasión de responsabilidades (*¿Con qué frecuencia durante el último año has dejado de*

*cumplir con tus obligaciones a causa del alcohol?) y síndrome de abstinencia (Durante el último año, ¿con qué frecuencia has necesitado tomar alguna bebida alcohólica por la mañana para poder ponerte en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?).*

Por último, las preguntas 7 a 10 forman la tercera sección del cuestionario, y hacen referencia a consecuencias derivadas de un consumo perjudicial de alcohol. En este caso, se alude al nivel de conciencia sobre el exceso de consumo (*¿Con qué frecuencia durante el último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?*), lagunas de memoria (*¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?*), lesiones por parte de otros o hacia otros (*Debido a tu consumo, ¿habéis resultado heridos o dañados tú o alguna otra persona?*) y preocupación por parte de otras personas respecto al consumo de alcohol realizado (*¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de alcohol o te ha sugerido que dejes de beber?*).

En cuanto a la corrección del cuestionario, cada ítem cuenta con criterios operativos distintos según la pregunta de la que se trate. Los 8 primeros ítems se responden con una escala Likert que oscila entre 0 (*nunca*) y 4 (*a diario o casi a diario*), mientras que las cuestiones 9 y 10 incluyen una escala de respuesta de tres anclajes: 0 (*no*), 2 (*sí, pero no durante el último año*) ó 4 (*sí, durante el último año*).

El test proporciona una puntuación total que se obtiene sumando la valoración de los 10 ítems, la cual oscila entre 0 y 40. La suma final permite identificar, en función del punto de corte, los consumos de riesgo con tendencia incluso hacia una dependencia (Tabla 12). Puntuaciones entre 8-12 puntos (6-12

en el caso de las mujeres) serían indicativas de consumo perjudicial. Puntuaciones superiores a 13 en ambos sexos orientarían hacia la existencia de una dependencia (Cherpitel y cols., 1995).

Tabla 12  
*Clasificación Cherpitel de las puntuaciones del AUDIT*

	Hombres	Mujeres
<b>Sin problemas</b>	0 - 7	0 - 5
<b>Bebedor de riesgo</b>	8 - 12	6 - 12
<b>Problemas físico-psíquicos y probable dependencia</b>	13 - 40 para ambos sexos	

### 3.1.3. Experimento

Los estudiantes cumplimentaron una tabla como la que aparece en la Figura 12.

Figura 12  
*Tabla en la que se registra la parte experimental de la prueba*

	¿Consumo esta bebida? Si/No	Vaso	C.C.	Gramos
<b>CERVEZA</b>				
<b>SANGRIA</b> (vino, calimocho...)				
<b>MOJITO</b> (martini, malibú, peche...)				
<b>CUBATA DE VODKA</b> (vodka, ron, ginebra...)				
<b>CHUPITO</b> (cazalla, absenta, anis...)				

En primer lugar, se les pidió que registraran si consumían o no las cinco bebidas descritas o sus equivalentes (ej. no consumen vodka pero consumen ron, entonces marcarían que sí la consumen). En segundo lugar, de entre un

conjunto de vasos (Figura 13), los estudiantes elegían el que normalmente utilizaban para servirse cada una de las cinco consumiciones. En total tenían que escoger entre 7 vasos de diferentes capacidades que previamente habían sido numerados del 1 al 7 (nº1: 95 cc, nº2: 250 cc, nº3: 370 cc, nº4: 300 cc, nº5: 390 cc, nº6: 600 cc, nº7: 1000 cc) y anotarlo en la casilla de la tabla correspondiente a *Vaso*.

Figura 13  
Vasos utilizados en la parte experimental de la prueba



Cabe destacar que todos los vasos fueron adquiridos en diferentes establecimientos a los que acuden los jóvenes para comprar sus bebidas. El equipo investigador tras comparar todos los vasos de los diferentes establecimientos y desechar los repetidos, los enumeró de manera que estuviesen representados todos los que podían ser utilizados. Además se adquirieron cubitos de hielo reutilizables, de manera que los jóvenes que los empleasen en sus bebidas, pudiesen tener las mismas variables que en una situación real.

Una vez elegido el vaso correspondiente, los estudiantes se servían utilizando los recipientes/botellas originales (aunque el contenido de las mismas

era agua). Con todos los materiales necesarios (vaso real que utilizaba + botella original + cubitos si era el caso) se les pedía que se sirviesen las consumiciones (una cerveza, una sangría, un mojito, un cubata de vodka y un chupito de cazalla, o equivalentes) tal como lo harían normalmente. En el caso de bebidas combinadas como el vodka, se les pidió que sirvieran únicamente el contenido de alcohol. Tras verter la bebida en el vaso escogido, debían medir la cantidad de alcohol en una probeta, para de esta manera obtener los c.c. servidos, y poder cumplimentar los espacios de la tabla dirigidos a ellos.

La última sección, dirigida al cálculo de los gramos, fue cumplimentada por el investigador sirviéndose de la siguiente fórmula.

$$g = \frac{\text{c. c} \times \text{graduación alcohólica de la bebida} \times 0,8}{100}$$

El resultado obtenido indicaba los gramos reales o la *medición real* que cada estudiante se servía para cada una de las bebidas analizadas. De manera adyacente, se exploró si los gramos reales obtenidos, eran equivalentes a las UBEs, por lo que a esta *medición real* se le restó los gramos estándar asignados a cada bebida (*medición estándar*). Es decir para fermentados (cerveza y sangría) se le restó 10 gramos (1 UBE), para medios, que incluye los alcoholes entre 20 y 30 grados (mojito) 15 gramos (1,5 UBEs) y para destilados (vodka y cazalla) se le restó 20 gramos (2 UBEs). Un resultado de 0 indicaría un ajuste perfecto entre la *medición real* y la *estándar*, y un resultado positivo o negativo indicaría una sobreestimación o subestimación de gramos al utilizar UBEs.

## 3.2. Consecuencias

### 3.2.1. IECI (2ª parte)

La segunda parte de este instrumento elaborado por Cortés y cols. (2012a) trata de valorar las consecuencias psicosociales que puede generar el consumo intensivo de alcohol entre los jóvenes. Sus autores lo construyeron a partir del universo de ítems que aparecen detallados en la literatura científica, escogiendo aquellos que eran relevantes y representativos del CIA.

Concretamente incluye 30 consecuencias, que pueden diferenciarse por temática en ocho bloques, aunque sin obviar que estadísticamente sea una escala unidimensional (Tabla 13): *Síntomas Físicos (SF)*, *Determinación del Control (DC)*, *Conductas de Riesgo (RS)*, *Autopercepción (AP)*, *Dependencia Física (DF)*, *Consecuencias Socio-Interpersonales (SI)*, *Consecuencias Profesionales (PA)* y *Otras Consecuencias (OT)*.

Tabla 13  
Consecuencias incluidas en el IECI, en función de su contenido

<b>Síntomas físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber (FS5).</li> <li>• Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber (FS10).</li> <li>• No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol (FS6).</li> <li>• Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol (FS9).</li> <li>• Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegué allí (FS11).</li> <li>• He olvidado cosas que han ocurrido mientras estaba bebiendo (FS12).</li> <li>• Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol (FS4).</li> <li>• Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...) (FS1).</li> </ul>
<b>Determinación de Control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He bebido más de lo que había planeado antes de empezar (DC1).</li> <li>• He intentado reducir o incluso dejar de consumir alcohol de esta manera (DC5).</li> <li>• Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber (DC4).</li> </ul>

(continúa)

Tabla 13  
Consecuencias incluidas en el IECI, en función de su contenido

<b>Conductas de Riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He perjudicado o lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo (RS10).</li> <li>• Mi consumo de alcohol me ha llevado a realizar prácticas sexuales de las que luego me he arrepentido (RS8).</li> </ul>
<b>Autopercepción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumir alcohol me ha hecho sentirme deprimido o triste (AP4).</li> <li>• Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol (AP3).</li> <li>• Consumir alcohol me ha hecho sentir infeliz (AP2).</li> </ul>
<b>Dependencia Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme (DF3).</li> <li>• Me he sentido ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol (DF4).</li> </ul>
<b>Consecuencias Socio-Interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando bebo digo cosas duras o crueles (SI6).</li> <li>• Mi manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza o bochorno a alguien (SI10).</li> <li>• Mi novio/a, pareja, padres se quejan de mi manera de consumir alcohol (SI5).</li> <li>• He tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir (SI3).</li> <li>• Cuando consumo digo cosas de las que luego me arrepiento (SI7).</li> <li>• Mi familia se ha visto afectada por mi consumo de alcohol (SI8).</li> <li>• Algunas personas cercanas han llegado a evitarme a consecuencia de mi manera de consumir alcohol (SI9).</li> </ul>
<b>Consecuencias Profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He ido al trabajo o lugar donde estudio bajo los efectos del alcohol (PA5)</li> <li>• He descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios a causa de la bebida (PA4).</li> </ul>
<b>Otras consecuencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He dejado de realizar otras actividades lúdicas porque he preferido estar consumiendo alcohol (OT1).</li> <li>• Cuando estoy bebiendo, tomo otras drogas que normalmente no consumo en otros momentos (OT3).</li> <li>• He tenido problemas económicos porque he gastado demasiado dinero en alcohol (OT5).</li> </ul>

En todos los casos, los jóvenes marcaban una de las cuatro opciones de frecuencia (*nunca, pocas veces, bastantes veces o casi siempre*), en función de las veces que habían experimentado esa consecuencia durante los últimos 6 meses.

Para validar esta escala de consecuencias los investigadores utilizaron como referencia las puntuaciones del AUDIT (*Use Disorders Identification*

*Test*), encontrando diferencias significativas entre ambas pruebas, lo que ofreció validez convergente a esta escala.

Además, se comprobó si el IECI discriminaba bien entre jóvenes consumidores CIA y No CIA, y entre los subgrupos o *clusters* dentro de cada uno de ellos. Tras diferentes cálculos estadísticos, se concluyó que esta herramienta era útil para la diferenciación de los grupos. Además, se fijó los puntos de corte en 8-13 consecuencias para identificar CIA, y 20 o más para dependencia alcohólica (Cortés y cols., 2012a).

### **3.2.2. Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (B-YAACQ)**

El *Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire* YAACQ (Read y cols., 2006) se construyó con el objetivo de evaluar un espectro más amplio de consecuencias psicosociales negativas, asociadas al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Este fue elaborado a partir de un listado inicial de 67 ítems dicotómicos adaptados del YAAPST y del *Drinker Inventory of Consequences* (Miller, Tonigan y Longabaugh, 1995). También se añadieron otras preguntas que incluían todos los síntomas relacionados con el abuso y la dependencia alcohólica, definidos por el DSM-IV-TR. Además, se introdujeron ítems que reproducían consecuencias menos severas (Devos-Comby y Lange, 2008).

La versión reducida de este instrumento fue elaborada por Kahler y cols. (2005) tratando de incluir la variedad de consecuencias que pueden experimentar los jóvenes cuando consumen alcohol, llegando a describir desde aquellas que tienen un índice de perjuicio bajo (ej. resaca), hasta aquellas que son consideradas más graves (ej. síntomas de dependencia). Por lo que se

refiere a las propiedades psicométricas el B-YAACQ muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83).

Concretamente, el B-YAACQ dispone de 24 ítems agrupados en 8 bloques (Tabla 14). La puntuación total indica cuantas consecuencias son experimentadas en un periodo de tiempo determinado (en este caso 6 últimos meses), y en definitiva el nivel de afectación que tiene el alcohol sobre el sujeto evaluado.

Tabla 14  
Consecuencias incluidas en el B-YAACQ, en función de su contenido

<b>Socio - Interpersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas (K9).</li> <li>• He tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir (K17).</li> <li>• Me he vuelto muy grosero, desagradable, u ofensivo después de beber (K23).</li> </ul>
<b>Deterioro del Control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado (K7).</li> <li>• He pasado demasiado tiempo bebiendo (K15).</li> <li>• He bebido más de lo que había planeado (K21).</li> </ul>
<b>Autopercepción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol (K16).</li> </ul>
<b>Autocuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me he sentido con menos energía o cansado por beber (K5).</li> <li>• Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol (K8).</li> <li>• He tenido sobrepeso a causa de la bebida (K13).</li> </ul>
<b>Conductas de Riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo (K2).</li> <li>• Cuando he bebido he mantenido relaciones sexuales sin protección (K6).</li> <li>• He hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde (K12).</li> <li>• He conducido un vehículo cuando sabía que había bebido demasiado para conducir de manera segura (K19).</li> </ul>
<b>Académico / Profesional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La calidad de mi trabajo o estudios ha disminuido por beber (K4).</li> <li>• No he ido a trabajar o he perdido clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber (K11).</li> <li>• He descuidado mis obligaciones con mi familia, trabajo o estudios por beber (K20).</li> </ul>
<b>Dependencia física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He sentido que necesitaba beber después de levantarme (K18).</li> <li>• Ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme (K24).</li> </ul>

(continúa)

Tabla 14  
 Consecuencias incluidas en el B-YAACQ, en función de su contenido

<b>Pérdida de Conciencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber (K1).</li> <li>• Cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo (K3).</li> <li>• Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber (K10).</li> <li>• Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegué allí (K14).</li> <li>• Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol (K22).</li> </ul>
------------------------------	---

En esta ocasión los jóvenes marcan una de las cuatro opciones de frecuencia (*nunca, pocas veces, bastantes veces o casi siempre*), en función de las veces que hayan experimentado cada consecuencia durante los últimos 6 meses.

Uno de los inconvenientes que presenta este instrumento es la carencia de ítems relacionados con problemas legales o con intentos fallidos de interrupción del consumo (Devos-Comby y Lange, 2008).

### 3.2.3. Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI)

Para la elaboración de este cuestionario, White y Labouvie (1989) analizaron 52 síntomas y/o consecuencias negativas que estaban asociadas al uso del alcohol en jóvenes. Mediante un análisis factorial, obtuvieron tres dimensiones diferenciadas. Los ítems que presentaban mayor consistencia de los tres factores obtenidos, fueron seleccionados para crear una escala unidimensional, la cual denominaron *The Rutgers Alcohol Problem Index* (RAPI). Diversos estudios muestran índices de consistencia interna en torno a .85 (Devos-Comby y Lange, 2008; Read y cols., 2006).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 23 preguntas (Tabla 15) calificadas según su frecuencia de ocurrencia con una escala de 4

puntos (0: *nunca* / 1: *una o dos veces* / 2: *tres a cinco veces* / 3: *más de cinco veces*). Los ítems que contiene el cuestionario hacen referencia a síntomas de abuso/dependencia del alcohol (por ejemplo: *perder un día o parte de una día de clase o trabajo; encontrarte de repente en un lugar al que no recuerdas haber llegado*), experimentación de consecuencias personales (por ejemplo: *sentir que te estabas volviendo loco*) y consecuencias sociales (por ejemplo: *avergonzar a alguien; meterse en peleas con otra gente*), en los 12 meses previos a la realización de la prueba.

Tabla 15  
*Consecuencias incluidas en el RAPI*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• No ser capaz de hacer los deberes o de estudiar para un examen</li> <li>• Meterte en peleas con otra gente</li> <li>• Perderte ciertas cosas porque te has gastado demasiado dinero en alcohol</li> <li>• Ir a clase o al trabajo bajo la influencia del alcohol o borracho</li> <li>• Avergonzar a alguien</li> <li>• No cumplir con tus responsabilidades</li> <li>• Que tus familiares te eviten</li> <li>• Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos.</li> <li>• Intentar controlar tu consumo de alcohol</li> <li>• Tener síntomas de abstinencia</li> <li>• Haber notado un cambio en tu personalidad</li> <li>• Sentir que tenías un problema con el alcohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haber perdido un día o parte de un día de colegio o trabajo</li> <li>• Querer parar de beber pero no poder</li> <li>• Encontrarte de repente en un lugar al que no recuerdas haber llegado</li> <li>• Desmayarte o perder el conocimiento</li> <li>• Tener una pelea, discusión o mal rollo con un amigo</li> <li>• Tener una pelea, discusión o mal rollo con un familiar</li> <li>• Seguir bebiendo cuando te prometiste no hacerlo</li> <li>• Sentir que estabas volviendo loco</li> <li>• Pasar un mal rato</li> <li>• Sentirse física o psicológicamente dependiente del alcohol</li> <li>• Que un amigo, vecino o familiar te haya dicho que dejes de beber o que bebas menos</li> </ul>
---	---

Uno de los problemas que muestra este cuestionario es que solo representa ciertos aspectos del amplio rango de consecuencias que experimentan los jóvenes (Motos, 2013). Por otro lado, se ha evaluado únicamente en adolescentes de 14 a 18 años, lo que supone una falta de consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol universitario (Devos-Comby y Lange, 2008). A pesar de ello, este instrumento ha sido utilizado por muchos autores, para medir las consecuencias negativas del consumo de alcohol

en muestras universitarias (Borsari y Carey, 2005; LaBrie, Lamb, Pedersen y Quinlan, 2006; Neighbors, Larimer y Lewis, 2004). En este sentido, el trabajo llevado a cabo por Earleywine, LaBrie y Pedersen (2008) reveló que seis de los ítems incluidos en el RAPI, presentaban sesgos relacionados con el sexo, por lo que sugirieron su eliminación.

En población española López, Fernández, Fernández, Campillo y Secades (2012) han tratado de adaptarlo con estudiantes de 16 a 18 años del Principado de Asturias consumidores de alcohol en el último año, encontrando una alta fiabilidad ( $\alpha = .87$ ), sensibilidad (81.2%) y especificidad (72.2%). Esto les permitió concluir que se trata de un instrumento válido y fiable para evaluar las consecuencias derivadas del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. De la misma manera que en el estudio realizado por Earleywine y cols. (2008), estos autores también advierten de la carencia de evaluación del funcionamiento de los ítems en función del sexo.

## 4. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows. En primer lugar, se procedió a la extracción de datos extremos, para evitar sesgar la muestra. Seguidamente se llevó a cabo un análisis descriptivo (porcentajes, medias, desviaciones típicas...) para las variables generales de consumo de alcohol.

Para la obtención de los grupos o *clusters* CIA y NO CIA, se utilizó un *Análisis de conglomerados bietápico* o en dos fases, ya que el algoritmo que utiliza este procedimiento incluye dos importantes características: permite incluir variables categóricas y continuas conjuntamente, y extrae

automáticamente el número óptimo de conglomerados. Las variables empleadas para realizar este análisis son: *gramos consumidos a la semana* y el *número de días de consumo en los últimos 6 meses*. Sus resultados permiten configurar las variables, *clusters CIA* cuando se incluyen los datos pertenecientes a los jóvenes que realizan este consumo, y *clusters NO CIA*, cuando se introducen los datos de los jóvenes que no refieren consumo intensivo. Cabe mencionar que se utiliza la variable *gramos consumidos a la semana* debido a la existencia de jóvenes que presentan varios días de consumo intensivo a la semana, evitando así su infravaloración.

Como resultado del análisis de conglomerados se obtienen 5 *clusters* de CIA: *Mujer Medium Consumidora Intensiva de Alcohol* (MMCIA), *Mujer Heavy Consumidora Intensiva de Alcohol* (MHCIA), *Hombre Light Consumidor Intensivo de Alcohol* (HLCIA), *Hombre Medium Consumidor Intensivo de Alcohol* (HMCIA) y *Hombre Heavy Consumidor Intensivo de Alcohol* (HMCIA).

Del mismo modo, se obtienen 4 *clusters* para los NO CIA: *Mujer Light No Consumidora Intensiva de Alcohol* (MLNOCIA), *Mujer Medium No Consumidora Intensiva de Alcohol* (MMNOCIA), *Hombre Light No Consumidor Intensivo de Alcohol* (HLNOCIA) y *Hombre Medium No Consumidor Intensivo de Alcohol* (HMNOCIA).

Para evaluar posibles diferencias entre grupos en variables cualitativas y cuantitativas se han realizado pruebas *t*, si se quería analizar las diferencias entre dos grupos específicos (por ejemplo, mujeres y hombres), y análisis de varianza (ANOVA), si se pretendía examinar las diferencias entre más de dos grupos (por ejemplo, entre los 5 *clusters* CIA). Los análisis de varianza siempre

se han acompañado de la pertinente prueba a posteriori de *Games-Howell*, para identificar entre qué grupos se observan las diferencias.

En el análisis de variables cualitativas, como por ejemplo, la preferencia respecto al tipo de bebida o la manera mediante la cual acceden al alcohol, se procedió a la utilización del estadístico *Chi-Cuadrado*, con el objetivo de identificar diferencias significativas entre los grupos.

Análisis específicos se llevaron a cabo con las variables referidas a las formas de medir el CIA. En primer lugar se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si estas variables se distribuyen siguiendo una curva normal. En el caso de que las variables estuvieran relacionadas (ej. análisis de gramos reales y estándar para un mismo grupo) y siguieran una distribución normal se utilizó la prueba *t* para muestras relacionadas como estadístico de contraste. Si por el contrario la distribución era asimétrica se utilizó el test no paramétrico de *Wilcoxon*. En el caso de que las variables fueran independientes (ej. análisis de la diferencia de gramos en hombres y mujeres) y siguieran una distribución normal se utilizó la prueba *t* para muestras independientes. Si por el contrario la distribución era asimétrica se utilizó la *U de Mann-Whitney*.

Para calcular la fiabilidad de los cuatro cuestionarios (IECI, B-YAACQ, RAPI y AUDIT), se utilizó el alfa de Cronbach. En este sentido, puntuaciones más cercanas a 1 indicaron una elevada consistencia interna de los ítems para el constructo evaluado.

Por último, el análisis de relación entre los cuestionarios IECI, B-YAACQ y RAPI se llevó a cabo mediante el coeficiente de correlación de *Pearson* cuando se trató de puntuaciones totales (variables cuantitativas), y a través de la correlación de *Spearman* cuando se analizaron las puntuaciones de

cada ítem (variables cualitativas ordinales). En ambos casos puntuaciones más cercanas a 1 mostraron mayor relación entre las variables y puntuaciones más cercanas a 0 sugirieron escasa relación entre las mismas.

## **CAPÍTULO 3.**

### **RESULTADOS:**

MEDICIÓN DEL CONSUMO

INTENSIVO DE ALCOHOL



En este capítulo se presenta en primer lugar el patrón de consumo de alcohol característico de los estudiantes evaluados. En segundo lugar, se muestran las diferentes formas de medir el CIA tratando de determinar cuál tiene más utilidad para dar cuenta del patrón de consumo de estos jóvenes. Finalmente se incluyen los resultados obtenidos en la parte experimental de la investigación en la que se han medido los gramos reales consumidos para diferentes bebidas y se ha comparado estos resultados con los propios de mediciones estándares.

## 1. PATRÓN DE CONSUMO

Se analizan primero los datos de manera general, diferenciando por sexos y por CIA / NO CIA. Seguidamente, tras establecer mediante un análisis de conglomerados una clasificación más homogénea de los sujetos entrevistados, se pasa a describir y analizar las características de cada uno de los grupos generados.

En la obtención de estos resultados se ha utilizado en todo momento los **gramos reales** que consumen los jóvenes evaluados. El proceso experimental seguido para calcular estos gramos se detalla en el apartado 3 de este mismo capítulo.

### 1.1. *Diferencias en función del sexo*

En general, se encuentran diferencias significativas para todas las variables evaluadas (Tabla 16), excepto para la diferencia de consumiciones entre un día de consumo normal y un día de consumo especial, ya que ambos sexos incrementan en prácticamente dos consumiciones la ingesta de alcohol cuando se trata de un día de celebración.

Tabla 16  
Diferencias generales en el patrón de consumo en función del sexo

	<i>n</i>	Mujeres $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	Hombres $\bar{x}$ (d.t)	<i>F</i>	<i>p</i>
Edad de inicio	212	15.14 (1.28)	189	15.64 (1.50)	4.027	.001***
Total de días de consumo en los últimos 6 meses	212	23.98 (13.12)	189	27.46 (13.58)	0.846	.010**
Número de consumiciones habituales	211	3.83 (2.20)	186	4.48 (2.72)	7.809	.011*
Número de consumiciones en un día especial	208	6.07 (3.09)	184	7.16 (3.87)	12.370	.002**
Diferencia entre ambos números de consumiciones	211	2.28 (2.22)	183	2.69 (2.37)	0.442	.078
Gramos a la semana	212	150.09 (106.96)	189	204.31 (137.49)	13.131	.001***

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.  
\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

La edad media de inicio del consumo de alcohol se sitúa en 15.37 años, sin embargo, son las mujeres (15.14 años) las que empiezan a beber antes que los hombres (15.64 años).

Además los hombres muestran una frecuencia de consumo superior a la de las mujeres, ya que son ellos los que presentan más días de ingesta de alcohol en los últimos 6 meses (hombres: 27.46 días / mujeres: 23.98 días).

También se muestran cantidades más elevadas en los hombres, con respecto al número de consumiciones tanto para días de ingesta habitual (hombres: 4.48 / mujeres: 3.83), como para días especiales o de celebración. (hombres:7.16 / mujeres: 6.07).

Estas diferencias se siguen observando cuando se tiene en cuenta los gramos semanales de alcohol (hombres: 204.31 g / mujeres: 150.09 g).

Por otro lado, si se analizan los días de preferencia de consumo para cada uno de los sexos, se obtiene una distribución similar (Tabla 17):

Tabla 17  
Diferencia en la preferencia de días de consumo en función del sexo

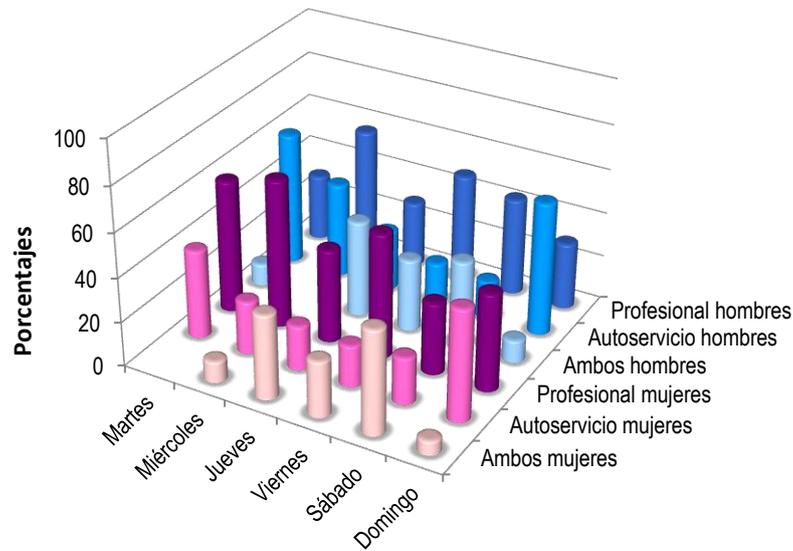
		Lunes % (n)	Martes % (n)	Miércoles % (n)	Jueves % (n)	Viernes % (n)	Sábado % (n)	Domingo % (n)
Mujer	Sí consumo	0.9 (2)	2.4 (5)	9.9 (21)	23.6 (50)	58.0 (123)	92.0 (195)	15.1 (32)
	No consumo	99.1 (210)	97.6 (207)	90.1 (191)	76.4 (162)	42.0 (89)	8.0 (17)	84.9 (180)
Hombre	Sí consumo	3.2 (6)	5.3 (10)	7.4 (14)	23.3 (44)	66.7 (126)	90.5 (171)	15.9 (30)
	No consumo	96.8 (183)	94.7 (179)	92.6 (175)	76.7 (145)	33.3 (63)	9.5 (18)	84.1 (159)

Tanto hombres como mujeres consumen preferentemente al inicio del fin de semana: viernes (58% mujeres / 66.7 hombres) y sábados (92% mujeres / 90.5% hombres), además se incluye el jueves como tercer día de máximo consumo, tanto para mujeres (23.6%) como para hombres (23.3%). El estadístico Chi Cuadrado no muestra diferencias significativas entre ambos sexos para ningún día de la semana (lunes:  $\chi^2_1 = 2.544$ ,  $p = .111$  / martes:  $\chi^2_1 = 2.386$ ,  $p = .122$  / miércoles:  $\chi^2_1 = 0.783$ ,  $p = .376$  / jueves:  $\chi^2_1 = 0.005$ ,  $p = .943$  / viernes:  $\chi^2_1 = 3.175$ ,  $p = .075$  / sábado:  $\chi^2_1 = 0.284$ ,  $p = .594$  / domingo:  $\chi^2_1 = 0.046$ ,  $p = .830$ ).

Otro aspecto del patrón de consumo a considerar es la manera de acceder al consumo de alcohol. En este trabajo se han diferenciado tres formas distintas: autoservicio, profesional y ambos. En la primera serían los mismos jóvenes los que se servirían sus propias consumiciones (en lugares públicos, casa de amigos, etc.), en la segunda serían servidos por profesionales en bares, pubs o discotecas y en la tercera estarían combinando ambas formas de acceso al consumo de alcohol.

En la Figura 14 se muestra la proporción de mujeres y hombres que acceden al alcohol de distintas maneras, en función del día de la semana. El lunes no se representa en el gráfico debido a la escasa proporción de estudiantes que consumen ese día.

Figura 14  
Proporción de mujeres y hombres que acceden al alcohol de distintas maneras dependiendo del día de la semana



Las mujeres prefieren acceder al consumo mediante el método profesional los martes (60%), miércoles (66,7%) y viernes (56.1%). Para el jueves la preferencia por este método (42%) y el método combinado (autoservicio + profesional) (38%) es muy similar. En el consumo que realizan los sábados prefieren utilizar el método combinado (46.7%), mientras que en el de los domingos suelen utilizar en mayor medida el autoservicio (50%). En el lunes solo dos mujeres consumieron alcohol y ambas lo hicieron mediante el método del autoservicio.

Los hombres prefieren acceder al consumo mediante el método de autoservicio los martes (60%) y domingos (60%). Los jueves se observa mayor prevalencia del método combinado (43.2%). Mientras que el método profesional es el que presenta mayores proporciones los miércoles (57.1%), viernes (48.4%) y sábados (43.9%). En el lunes únicamente describieron consumo seis hombres, tres accedieron al alcohol mediante el autoservicio y tres mediante el profesional.

La elección del método de acceso al consumo coincide para la mayoría de los días de la semana en ambos sexos a excepción del martes y sábado. El estadístico Chi Cuadrado no muestra diferencias significativas entre ambos sexos para ningún día de la semana (lunes:  $\chi^2_1 = 1.600$ ,  $p = .206$  / martes:  $\chi^2_2 = 1.500$ ,  $p = .472$  / miércoles:  $\chi^2_2 = 2.424$ ,  $p = .298$  / jueves:  $\chi^2_2 = 1.688$ ,  $p = .430$  / viernes:  $\chi^2_2 = 1.667$ ,  $p = .393$  / sábado:  $\chi^2_2 = 5.177$ ,  $p = .075$  / domingo:  $\chi^2_2 = 1.341$ ,  $p = .511$ ).

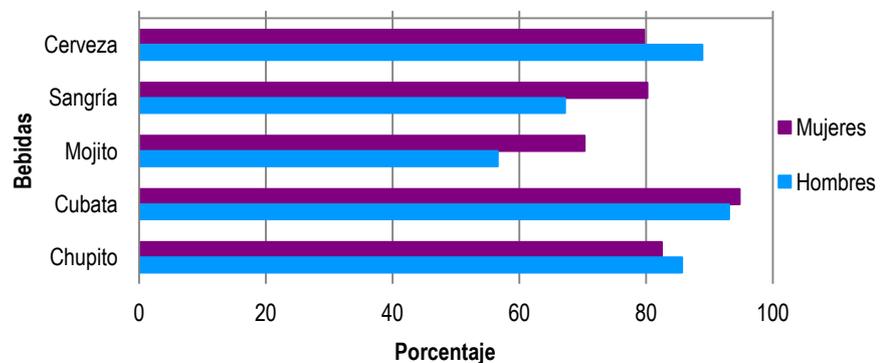
Otra de las variables indicada para referir el patrón de consumo, es la proporción de consumidores para diferentes bebidas. En este caso, las bebidas evaluadas han sido los fermentados como la cerveza y sangría, junto a destilados de media graduación como el mojito o de más elevada graduación como el cubata y el chupito. En general, la bebida más consumida entre los estudiantes evaluados en este trabajo ha sido el cubata (94% de la muestra), y la que menos el mojito (63.8%).

En la Figura 15 se representan los porcentajes de consumidores para cada una de las bebidas, en función del sexo.

En la proporción de consumidores de cerveza ( $\chi^2_1 = 6.267$ ,  $p = .012$ ), sangría ( $\chi^2_1 = 8.781$ ,  $p = .003$ ) y mojito ( $\chi^2_1 = 8.088$ ,  $p = .004$ ) se encuentran

diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. En concreto, hay una mayor proporción de hombres consumidores de cerveza (88.9% hombres - 79.7% mujeres) y una mayor proporción de mujeres consumidoras de sangría (80.2% mujeres - 67.2% hombres) y mojito (70.3% mujeres - 56.6% hombres). Por el contrario, en la proporción de consumidores de vodka ( $\chi^2_1 = 0.507$ ,  $p = .476$ ) y chupito ( $\chi^2_1 = 0.747$ ,  $p = .387$ ), no se encuentran diferencias significativas entre mujeres y hombres. Esto indicaría, un consumo similar para los destilados más duros, como son el cubata (94.8% mujeres - 93.1% hombres) y el chupito (82.5% mujeres - 85.7% hombres).

Figura 15  
Proporción de consumidores para diferentes bebidas, en función del sexo



## 1.2. Características de los grupos CIA y NO CIA

Si estas mismas variables se analizan en función del tipo de consumo que realizan los jóvenes (CIA – NO CIA), se aprecian diferencias interesantes (Tabla 19). Cabe destacar que la muestra analizada presenta un total de 266 estudiantes CIA (66.3%) y 135 NO CIA (33.7%). No obstante, para cada variable el número de sujetos estudiados oscila en función de los datos faltantes.

Tabla 18  
Diferencias generales en el patrón de consumo entre los CIA y NO CIA

	<i>n</i>	CIA $\bar{X}$ (d.t)	<i>n</i>	NO CIA $\bar{X}$ (d.t)	<i>F</i>	<i>p</i>
Edad de inicio	266	15.20 (1.36)	135	15.73 (1.44)	1.466	.001***
Total de días de consumo en los últimos 6 meses	266	28.38 (12.53)	135	20.19 (13.55)	0.419	.001***
Número de consumiciones habituales	265	4.89 (2.57)	132	2.62 (1.32)	30.628	.001***
Número de consumiciones en un día especial	261	7.65 (3.63)	131	4.46 (2.01)	35.144	.001***
Diferencia entre ambos números de consumiciones	263	2.76 (2.49)	131	1.88 (1.71)	13.862	.001***
Gramos a la semana	266	228.74 (119.52)	135	71.03 (43.05)	84.240	.001***

\*\*\* $p \leq .001$ .

En la variable edad de inicio, son los CIA los que se han iniciado más temprano en el consumo de alcohol (CIA: 15.20 años / NO CIA: 15.73 años).

Además, han consumido una media de 28.38 días durante los últimos 6 meses, mostrando un consumo de alcohol más frecuente que el realizado dentro del colectivo NO CIA (20.19 días).

Si se hace referencia al número de consumiciones, los CIA ingieren prácticamente el doble, tanto en días normales de consumo (fines de semana sin ningún evento importante), como en días especiales (cumpleaños, fiestas patronales, Nochevieja, etc.). En concreto, toman casi 5 consumiciones para el primero y 7.65 para el segundo.

Cuando se revisa si el número de consumiciones ingeridas en un día normal difiere respecto al de los días con algún evento especial, se observa como los CIA presentan una mayor divergencia (CIA: 2.76 / NO CIA: 1,88).

Es lógico que también se aprecien diferencias entre ambos grupos en cuanto a los gramos de alcohol consumidos en una semana. En este caso, los CIA triplican los gramos consumidos (228.74g) respecto a los NO CIA (71.03g).

En cuanto a los días de la semana en los que suele ser más frecuente el consumo de alcohol, se obtienen los porcentajes descritos en la siguiente tabla (Tabla 19):

Tabla 19  
*Diferencia en la preferencia de días de consumo en función del grupo CIA / NO CIA*

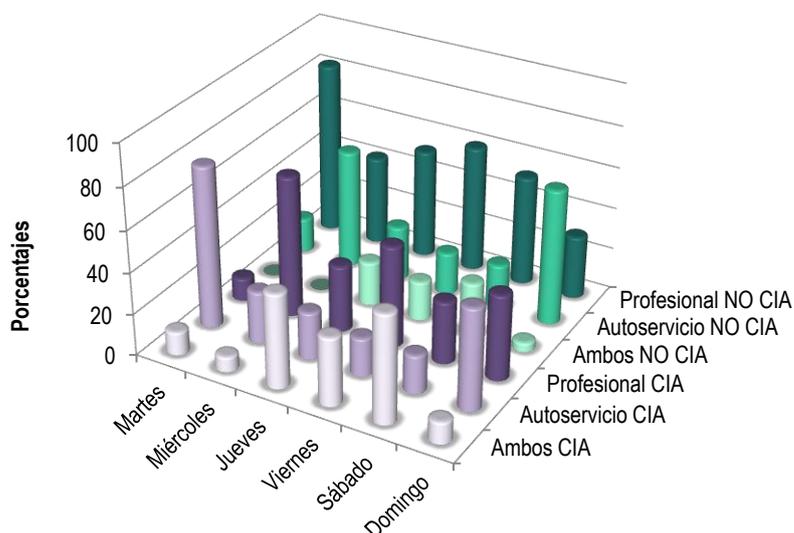
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		% (n)						
CIA	Sí consumo	2.6 (7)	3.4 (9)	10.5 (28)	28.2 (75)	67.7 (180)	90.6 (241)	14.7 (39)
	No consumo	97.4 (259)	96.6 (257)	89.5 (238)	71.8 (191)	32.3 (86)	9.4 (25)	85.3 (227)
NO CIA	Sí consumo	0.7 (1)	4.4 (6)	5.2 (7)	14.1 (19)	51.1 (69)	92.6 (125)	17 (23)
	No consumo	99.3 (134)	95.6 (129)	94.8 (128)	85.9 (116)	48.9 (66)	7.4 (10)	83 (112)

Tal como se puede observar, CIAs y NO CIAs prefieren consumir viernes (CIA: 67.7% / NO CIA: 51.1%) y sábado (CIA: 90.6% / NO CIA: 92.6%). Además, el grupo CIA incluye el jueves como el tercer día de preferencia para el consumo. En este caso la prueba Chi Cuadrado permite afirmar que lunes, martes, miércoles, sábados y domingos consumen en proporción similar tanto CIAs como NO CIAs (lunes:  $\chi^2_1 = 1.638$ ,  $p = .201$  / martes:  $\chi^2_1 = 0.280$ ,  $p = .597$  / miércoles:  $\chi^2_1 = 3.207$ ,  $p = .073$  / sábados:  $\chi^2_1 =$

0.446,  $p = .504$  / domingos:  $\chi^2_1 = 0.387$ ,  $p = .534$ ), a diferencia de los jueves ( $\chi^2_1 = 9.951$ ,  $p = .002$ ) y viernes ( $\chi^2_1 = 10.431$ ,  $p < .001$ ) donde se aprecia un mayor porcentaje de CIAs consumiendo

La Figura 16 muestra la proporción de CIA y NO CIA que acceden al alcohol de distintas maneras, en función del día de la semana. El lunes no se representa en el gráfico debido a la escasa proporción de estudiantes que consumen ese día.

Figura 16  
Proporción de CIA y NO CIA que acceden al alcohol de distintas maneras dependiendo del día de la semana



En este caso, los CIA prefieren el autoservicio los martes (77.8%) y domingos (48.7%). El consumo realizado los miércoles (67.9%) y viernes (48.9%) suele efectuarse recurriendo principalmente a profesionales, mientras que los jueves (45.3%) y sábados (51.9%) se decantan por el método

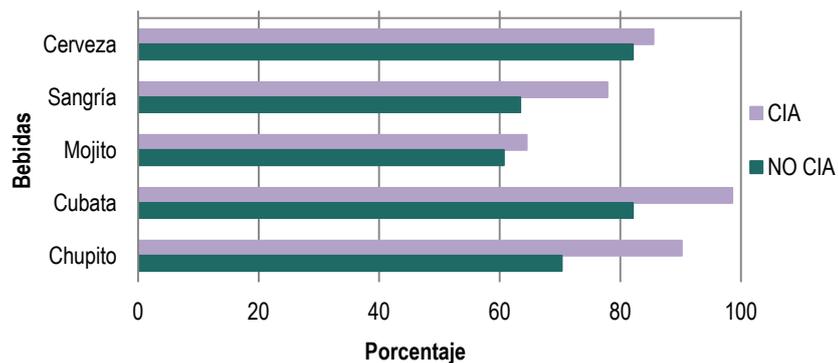
combinado. En el lunes siete CIAs consumieron alcohol, cuatro lo hicieron mediante el método del autoservicio y tres mediante el profesional.

En los NO CIA los martes (83.3%), jueves (52.6%), viernes (60.9%) y sábados (52.8%) muestran una mayor preferencia por el método profesional, a diferencia de lo que ocurre los miércoles (57.1%) y domingos (65.2%) que prefieren autoservirse las bebidas. El lunes solo un NO CIA consumió alcohol y lo hizo mediante el método del autoservicio.

Se encuentran diferencias significativas en función del tipo de consumo (CIA o NO CIA) y del método escogido para los martes ( $\chi^2_2 = 7.882, p = .019$ ), y sábados ( $\chi^2_2 = 25.185, p < .001$ ).

En relación con la proporción de estudiantes CIA y NO CIA que consumen diferentes bebidas (Figura 17), se observa que los estudiantes del grupo CIA prefieren consumir sangría ( $\chi^2_1 = 8.354, p = .004$ ), cubata ( $\chi^2_1 = 28.199, p < .001$ ) y chupitos ( $\chi^2_1 = 19.883, p < .001$ ), en mayor medida que el grupo NO CIA. Al mismo tiempo, la preferencia por el consumo de cerveza y mojitos es similar entre ambos grupos (cerveza:  $\chi^2_1 = 0.501, p = .479$  / mojito:  $\chi^2_1 = 0.231, p = .631$ ).

Figura 17  
Proporción de consumidores para diferentes bebidas, en función de CIA o NO CIA



### 1.3. Grupos homogéneos de CIAs y NO CIAs

Para conseguir la mayor homogeneidad posible dentro de los consumidores intensivos se ha realizado un análisis de conglomerados utilizando como variables dependientes los gramos consumidos a la semana y el número de días de consumo en los últimos 6 meses. Además, tal como recomienda la revisión sobre la operacionalización de este patrón de consumo, se ha diferenciado por sexos. El mismo procedimiento se ha seguido en el caso de los NO CIA. En la Tabla 20 se muestran los *clusters* obtenidos para el grupo CIA.

Cabe recordar que se utiliza la variable gramos a la semana debido a la existencia de jóvenes que presentan varios días de consumo intensivo a la semana, evitando así su infravaloración.

Tabla 20

*Clusters obtenidos para el colectivo CIA en función del sexo, utilizando como variables dependientes los gramos consumidos a la semana y el número de días de consumo en los últimos 6 meses*

	<b>Medium CIA (MMCIA)</b> (n = 91 / 70.5%)	<b>Heavy CIA (MHCIA)</b> (n = 38 / 29.5%)		
<b>Mujeres</b> n = 129	20.23 días (d.t = 7.66)	40.82 días (d.t = 7.52)		
	175.18 g a la semana (d.t = 68.64)	275.42 g a la semana (d.t = 130.86)		
	<b>Light CIA (HLCIA)</b> (n = 47 / 34.3%)	<b>Medium CIA (HMCIA)</b> (n = 60 / 43.8%)	<b>Heavy CIA (HHCIA)</b> (n = 30 / 21.9%)	
<b>Hombres</b> n = 137	17.36 días (d.t = 5.68)	36.95 días (d.t = 7.77)	37.43 días (d.t = 12.79)	
	166.89 g a la semana (d.t = 62.32)	214.63 g a la semana (d.t = 68.25)	456.89 g a la semana (d.t = 78.91)	

Se obtienen 5 grupos, 2 de mujeres y 3 de varones. De los dos grupos de mujeres, el que está realizando un consumo menor en cuanto a cantidad y frecuencia se ha denominado *Mujer Medium CIA* (MMCIA) y el que realiza un consumo más frecuente y de mayores cantidades de alcohol se ha denominado *Mujer Heavy CIA* (MHCIA). En el caso de los varones, el grupo que realiza el menor consumo en cuanto a cantidad y frecuencia se ha denominado *Hombres Light CIA* (HLCIA), aquellos que realizan un consumo medio *Hombres Medium CIA* (HMCIA) y los que realizan un consumo más frecuente y de mayores cantidades de alcohol *Hombres Heavy CIA* (HHCIA).

Al evaluar posibles diferencias entre los grupos, mediante la comparación de medias (ANOVA) y las correspondientes pruebas *a posteriori* (*Games-Howell*), se observan diferencias significativas tanto en los gramos consumidos a la semana ( $F_{(4, 524279.188)} = 80.875, p < .001$ ) como en el total de días consumidos en los últimos 6 meses ( $F_{(4, 6122.868)} = 93.057, p < .001$ ).

Concretamente, las prueba *a posteriori*, muestran similitudes en los gramos consumidos entre las mujeres *Medium* y los hombres *Light* ( $p = .953$ ), y entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Medium* ( $p = .077$ ).

En el caso de los días de consumo durante los últimos 6 meses, se observa una frecuencia de consumo parecida entre las mujeres *Medium* y los hombres *Light* ( $p = .101$ ), entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Medium* ( $p = .114$ ), entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Heavy* ( $p = .702$ ), y entre los hombres *Medium* y *Heavy* ( $p = 1.000$ ).

Dada la elevada cantidad de alcohol que están consumiendo algunos de los jóvenes entrevistados se ha calculado la proporción de ellos que supera el límite de gramos semanales propuesto por la OMS (170 g para las mujeres / 280 g para los hombres), como consumo perjudicial (primera parte Tabla 21).

Tabla 21

Porcentaje de estudiantes de cada uno de los clusters CIA, que realizan o no consumo perjudicial según la calificación de la OMS. Gramos de máximo consumo en CIA y gramos a la semana que no se dan en contexto de CIA

		MMCIA	MHCIA	HLCIA	HMCIA	HHCIA
¿Consumo perjudicial según la OMS?	Si	49.5% (n = 45)	73.7% (n = 28)	2.1% (n = 1)	21.7% (n = 13)	100% (n = 30)
	NO	50.5% (n = 46)	26.3% (n = 10)	97.9% (n = 46)	78.3% (n = 47)	0% (n = 0)
Gramos máximo consumo en CIA		122.82 (d.t= 46.85)	161.14 (d.t= 87.11)	123.63 (d.t= 54.93)	132.82 (d.t= 44.48)	235.18 (d.t= 89.56)
Gramos consumidos a la semana que no se dan en contexto de CIA		52.36 (d.t= 50.62)	114.28 (d.t= 88.47)	43.47 (d.t= 41.41)	81.81 (d.t= 53.90)	221.71 (d.t= 89.60)

En los grupos *Heavy* de mujeres y de hombres hay un mayor porcentaje de estudiantes que realizan consumo perjudicial. De entre los *Medium*, destacan las mujeres con prácticamente el mismo porcentaje en ambas opciones. Para el resto, el consumo no perjudicial supera el perjudicial. Además, la prueba Chi Cuadrado advierte diferencias significativas ( $\chi^2_4 = 98.464$ ,  $p < .001$ ) entre los grupos.

Se aprecia como la mayoría de los colectivos CIAs, además de consumir cantidades elevadas de alcohol en forma de consumo intensivo también lo hacen a lo largo de la semana en cantidades inferiores pero llegando a sumar un número de gramos considerable.

A continuación se explora el patrón de consumo de cada uno de los *clusters* CIA, tal y como se ha ejecutado en los apartados anteriores (Tabla 22).

Tabla 22  
Diferencias generales en el patrón de consumo en función de los clusters CIA

	<i>n</i>	MMCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	MHCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	HLCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	HMCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	HHCIA $\bar{x}$ (d.t)
Edad de inicio	91	15.20 (1.25)	38	14.45 (1.00)	47	15.68 (1.32)	60	15.38 (1.60)	30	15.00 (1.23)
Número de consumiciones habituales	91	3.89 (1.78)	38	6.13 (2.81)	47	4.45 (2.36)	59	5.00 (2.36)	30	6.83 (3.27)
Número de consumiciones en un día especial	89	6.30 (2.35)	37	9.14 (4.09)	47	6.43 (2.78)	59	8.34 (3.69)	29	10.45 (4.69)
Diferencia entre ambos números de consumiciones	91	2.31 (1.95)	37	3.14 (2.78)	47	1.98 (1.87)	59	3.17 (2.53)	27	3.15 (2.41)

En la variable edad de inicio, el ANOVA muestra diferencias entre los *clusters* ( $F_{(4, 35.604)} = 5.092, p < .001$ ). En concreto, el grupo de mujeres *Heavy* inicia el consumo de alcohol antes que las mujeres *Medium* ( $p = .005$ ), los hombres *Light* ( $p < .001$ ) y los hombres *Medium* ( $p = .005$ ). En cambio, mujeres y hombres *Heavy*, inician el consumo de alcohol a edades similares ( $p = .285$ ).

Respecto al número de consumiciones ingeridas en un día habitual de consumo ( $F_{(4, 272.8)} = 12.052, p < .001$ ), se observa que el grupo MMCIA y HLCIA ingieren prácticamente la misma cantidad ( $p = .618$ ). También las MHCIA lo hacen con respecto al grupo de hombres tanto *Medium* ( $p = .251$ ) como *Heavy* ( $p = .882$ ). Por otro lado, los HLCIA están ingiriendo un número similar de consumiciones que los HMCIA ( $p = .754$ ), y estos últimos lo mismo con respecto a los HHCIA ( $p = .065$ ).

Al evaluar un día de consumo especial ( $F_{(4, 568.555)} = 12.71, p < .001$ ), se obtienen resultados similares, ya que las mujeres *Medium* ingieren un número similar de consumiciones que los HLCIA ( $p = .999$ ) y también lo hacen las

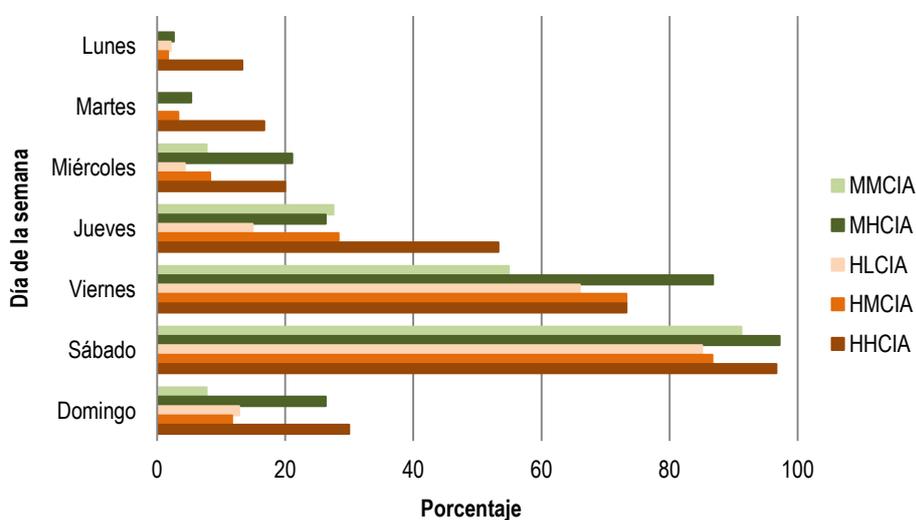
mujeres *Heavy* respecto a los HMCIA ( $p = .871$ ) y HHCIA ( $p = .756$ ), y los hombres *Medium* respecto a los *Heavy* ( $p = .230$ ).

En la diferencia entre las consumiciones ingeridas en ambos días ( $F_{(4, 63.171)} = 3.09, p = .016$ ), solo existen diferencias significativas entre los HLCIA y los HMCIA ( $p = .049$ ).

Si se analizan los días que prefieren consumir alcohol en cada uno de los *clusters* CIA, se obtiene la siguiente distribución (Figura 18):

Figura 18

Proporción de días de la semana que prefieren consumir alcohol los *clusters* CIA



La prueba Chi Cuadrado muestra diferencias significativas para todos los días de la semana (lunes:  $\chi^2_4 = 16.133, p = .003$  / martes:  $\chi^2_4 = 21.436, p < .001$  / miércoles:  $\chi^2_4 = 10.374, p = .035$  / jueves:  $\chi^2_4 = 13.562, p = .009$  / viernes:  $\chi^2_4 = 14.502, p = .006$  / domingo:  $\chi^2_4 = 13.864, p = .008$ ), excepto para el sábado ( $\chi^2_4 = 6.137, p = .189$ ), en el que todos los colectivos CIA consumen con la misma frecuencia. Así pues, si se realiza consumo en lunes, martes y/o jueves,

son los HHCIA los que prefieren hacerlo. Para el miércoles y domingo, los grupos *Heavy* de ambos sexos (MHCIA y HHCIA), son los más propensos al consumo. Mientras que en el viernes, son las MHCIA las que alcanzan mayores porcentajes.

Si se analiza la manera mediante la cual, cada uno de los *clusters* CIA accede al alcohol (Tabla 23), no se obtienen diferencias significativas para ninguno de los días de la semana (miércoles:  $\chi^2_8 = 10.178$ ,  $p = .253$  / jueves:  $\chi^2_8 = 7.118$ ,  $p = .524$  / viernes:  $\chi^2_8 = 14.306$ ,  $p = .074$  / sábado:  $\chi^2_8 = 10.488$ ,  $p = .232$  / domingo:  $\chi^2_8 = 13.907$ ,  $p = .084$ ). Esto muestra preferencias similares en todos los grupos a la hora de ir a bares, lugares públicos o a ambos sitios, para ingerir alcohol. El lunes y martes no se exponen ni en la tabla ni en los resultados anteriores debido a la escasa (o nula) representación de consumidores en estos días.

Tabla 23  
Proporción de jóvenes en clusters CIA que acceden al alcohol de distintas maneras dependiendo del día de la semana

		MMCIA % (n)	MHCIA % (n)	HLCIA % (n)	HMCIA % (n)	HHCIA % (n)
Miércoles	Autoservicio	14.3 (1)	12.5 (1)	-	60.0 (3)	33.3 (2)
	Profesional	85.7 (5)	62.5 (5)	100.0 (2)	40.0 (2)	66.7 (4)
	Ambos	-	25 (2)	-	-	-
Jueves	Autoservicio	20.0 (5)	10.0 (1)	42.9 (3)	29.4 (5)	18.8 (3)
	Profesional	44.0 (11)	20.0 (2)	28.6 (2)	29.4 (2)	25.0 (4)
	Ambos	36.0 (9)	70.0 (7)	28.6 (2)	41.2 (7)	56.3 (9)
Viernes	Autoservicio	24.0 (12)	3.0 (1)	29.0 (9)	20.5 (9)	9.1 (2)
	Profesional	54.0 (27)	54.5 (18)	45.2 (14)	45.5 (20)	40.9 (9)
	Ambos	22.0 (11)	42.4 (14)	25.8 (8)	34.1 (15)	50.0 (11)
Sábado	Autoservicio	18.1 (15)	21.6 (8)	20.0 (8)	13.5 (7)	20.7 (6)
	Profesional	24.1 (20)	18.9 (7)	30.0 (12)	46.2 (24)	31.0 (9)
	Ambos	57.8 (48)	59.5 (22)	50.0 (20)	40.4 (21)	48.3 (14)

(continúa)

Tabla 23

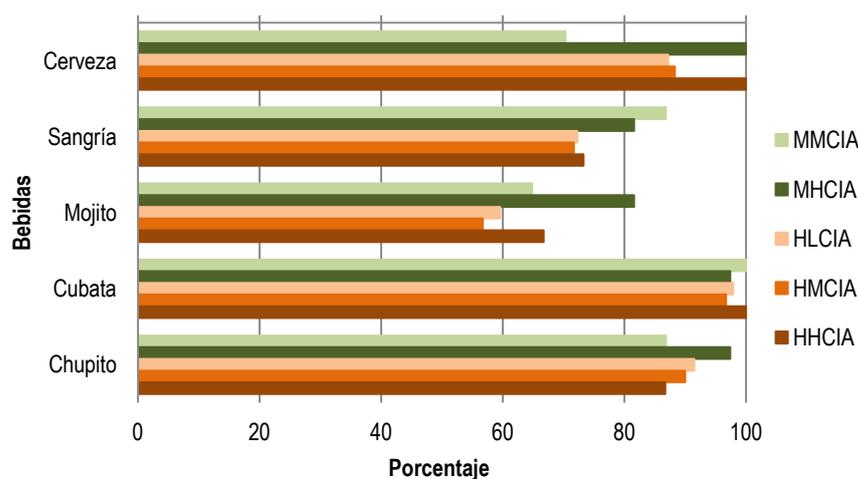
Proporción de jóvenes en clusters CIA que acceden al alcohol de distintas maneras dependiendo del día de la semana

		MMCIA % (n)	MHCIA % (n)	HLCIA % (n)	HMCIA % (n)	HHCIA % (n)
	Autoservicio	57.1 (4)	40.0 (4)	100.0 (6)	28.6 (2)	33.3 (3)
Domingo	Profesional	42.9 (3)	40.0 (4)	-	42.9 (3)	66.7 (6)
	Ambos	-	20.0 (2)	-	28.6 (2)	-

En cuanto a la proporción de jóvenes CIA que consumen diferentes bebidas (Figura 19), la prueba Chi Cuadrado, indica únicamente diferencias significativas en la proporción de consumidores que prefieren cerveza ( $\chi^2_4 = 28.009$ ,  $p < .001$ ). En concreto, son los grupos *Heavy* de ambos sexos los que se inclinan por el consumo de esta bebida en mayor medida que el resto de *clusters* CIA.

Figura 19

Proporción de consumidores para diferentes bebidas, en función de los clusters CIA.



El resto de bebidas muestran proporciones de preferencia similares entre los diferentes grupos de CIAs (sangría:  $\chi^2_4 = 7.14$ ,  $p = .128$  / mojito:  $\chi^2_4 = 7.02$ ,  $p = .135$  / cubata:  $\chi^2_4 = 3.65$ ,  $p = .455$  / chupito:  $\chi^2_4 = 3.74$ ,  $p = .441$ ).

En la Tabla 24 se muestran los *clusters* obtenidos para el grupo NO CIA.

Tabla 24  
*Clusters obtenidos para el colectivo NO CIA en función del sexo, utilizando como variables dependientes los gramos consumidos a la semana y el número de días de consumo en los últimos 6 meses*

	<b>Light NO CIA (MLNOCIA)</b> (n = 43 / 51.8%)	<b>Medium NO CIA (MMNOCIA)</b> (n = 40 / 48.2%)
<b>Mujeres</b> n = 83	10.93 días (d.t = 6.15)	30.55 días (d.t = 12.71)
	43.89 g a la semana (d.t = 20.19)	88.11 g a la semana (d.t = 34.50)
	<b>Light NO CIA (HLNOCIA)</b> (n = 36 / 69.2%)	<b>Medium NO CIA (HMNOCIA)</b> (n = 16 / 30.8%)
<b>Hombres</b> n = 52	14.42 días (d.t = 7.45)	32.19 días (d.t = 14.81)
	55.10 g a la semana (d.t = 20.05)	137.08 g a la semana (d.t = 56.84)

El colectivo NO CIA está compuesto por consumidores de alcohol que no utilizan la forma intensiva en ningún momento. El análisis de conglomerados realizado diferencia cuatro grupos, dos de mujeres y dos de hombres. Para ellas, el grupo que realiza un menor consumo en cuanto a cantidad y frecuencia se ha denominado *Mujer Light NO CIA (MLNOCIA)* y el que realiza un consumo mayor se le ha asignado el nombre de *Mujer Medium NO CIA (MMNOCIA)*. Por lo que respecta a los hombres, el grupo de menor consumo se ha denominado *Hombre Light NO CIA (HLNOCIA)* y los que realizan un consumo mayor *Hombre Medium NO CIA (HMNOCIA)*.

Si se analizan las diferencias para cada una de las variables dependientes (gramos consumidos a la semana y días de consumo en los últimos 6 meses), se obtiene que para la primera, estas diferencias son

significativas al comparar los cuatro grupos ( $F_{(3, 122280.519)} = 42.344, p < .001$ ). En concreto, la prueba *a posteriori* muestra diferencias entre todos los grupos, excepto entre las *Mujeres Light NO CIA* (MLNOCIA) y los *Hombres Light NO CIA* (HLNOCIA) ( $p = .074$ ).

Al obtener los gramos consumidos a la semana, se detecta que en el caso de los NO CIA, ningún estudiante supera los gramos establecidos por la OMS como perjudiciales (170 g para mujeres / 280 g para hombres).

Por otro lado, en la segunda variable dependiente (días de consumo en los últimos 6 meses), también existen diferencias significativas entre los 4 grupos ( $F_{(3, 11483.114)} = 38.213, p < .001$ ). En concreto, el estadístico de *Games-Howell* las detecta para todos los grupos, excepto entre los *clusters Light* de ambos sexos (MLNOCIA y HLNOCIA) ( $p = .123$ ) y entre los grupos *Medium* también de ambos sexos (MMNOCIA y HMNOCIA) ( $p = .980$ ).

Teniendo en cuenta el resto de variables utilizadas para explorar el patrón de consumo, se obtienen los siguientes resultados (Tabla 25):

Tabla 25  
Diferencias generales en el patrón de consumo en función de los clusters NO CIA

	<i>n</i>	MLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	MMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	HLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>n</i>	HMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)
Edad de inicio	43	15.63 (1.19)	40	15.13 (1.43)	36	16.53 (1.54)	16	15.69 (1.13)
Número de consumiciones habituales	43	2.28 (1.09)	39	3.18 (1.33)	35	2.03 (1.12)	15	3.53 (1.40)
Número de consumiciones en un día especial	43	3.81 (2.07)	39	5.10 (1.63)	35	3.86 (1.68)	14	6.14 (2.17)
Diferencia entre ambos números de consumiciones	43	1.60 (1.97)	39	1.90 (1.61)	35	1.83 (1.33)	14	2.79 (1.84)

Por lo que se refiere a la edad de inicio en el consumo de alcohol ( $F_{(3, 38.028)} = 6.838, p < .001$ ), las diferencias detectadas indican que ambos grupos de mujeres se inician antes en el consumo que los hombres *Light* (MLNOCIA - HLNOCIA:  $p = .028$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p < .001$ ).

En cuanto al número de consumiciones que ingieren en un día habitual y en un día especial de consumo se observa que mujeres y hombres del mismo tipo (*Light* o *Medium*) beben de manera similar (MLNOCIA - HLNOCIA: habitual:  $p = .756$  - especial:  $p = 1.000$  / MMNOCIA - HMNOCIA: habitual:  $p = .835$  - especial:  $p = .387$ ). Sin embargo, se encuentran diferencias significativas (habitual:  $F_{(3, 41.91)} = 9.468, p < .0001$  / especial:  $F_{(3, 86.418)} = 8.313, p < .0001$ ) de los dos grupos *Light*, respecto a los dos grupos *Medium* (MLNOCIA - MMNOCIA: habitual:  $p = .008$  - especial:  $p = .013$  / MLNOCIA - HMNOCIA: habitual:  $p = .024$  - especial:  $p = .010$  / HLNOCIA - MMNOCIA: habitual:  $p < .001$  - especial:  $p = .010$  / HLNOCIA - HMNOCIA: habitual:  $p = .007$  - especial:  $p = .011$ ).

No se encuentran diferencias entre los grupos ( $F_{(3, 14.848)} = 1.703, p = .170$ ) en el incremento del número de consumiciones que realizan entre un día habitual y una ocasión especial.

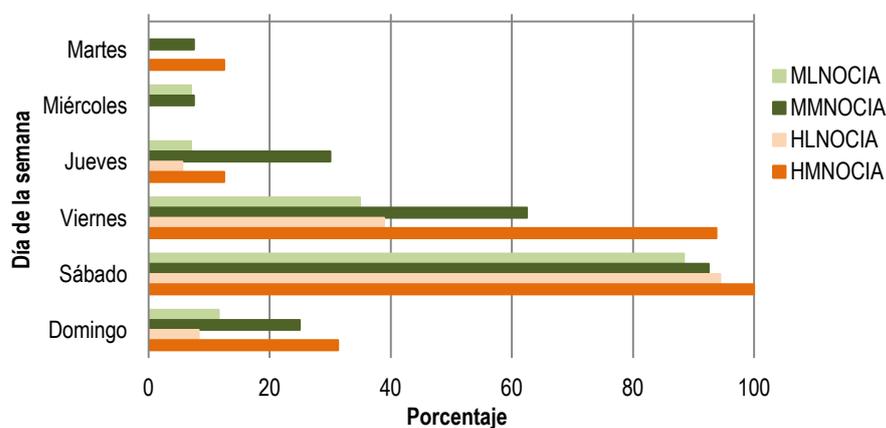
La Figura 20 muestra los días que prefieren consumir cada uno de los grupos NO CIA.

El estadístico Chi Cuadrado, únicamente muestra diferencias significativas el jueves, en el que suelen consumir en mayor proporción el grupo de mujeres *Medium* (jueves:  $\chi^2_3 = 12.373, p = .006$ ), y el viernes, en el que la preferencia vendría por parte de los hombres *Medium* (viernes:  $\chi^2_3 = 20.401, p < .001$ ). El resto de días todos los grupos consumen en igual medida (martes:  $\chi^2_3 =$

5.56,  $p = .135$  / miércoles:  $\chi^2_3 = 2.016$ ,  $p = .569$  sábado:  $\chi^2_3 = 2.577$ ,  $p = .461$  / domingo:  $\chi^2_3 = 6.901$ ,  $p = .075$ ).

Figura 20

Proporción de días de la semana que prefieren consumir alcohol los clusters NO CIA



Por lo que se refiere a la manera mediante la cual cada uno de los grupos NO CIA accede al alcohol (Tabla 26), no se obtienen diferencias significativas para ninguno de los días de la semana (martes:  $\chi^2_2 = 1.200$ ,  $p = .549$  / miércoles:  $\chi^2_2 = 1.556$ ,  $p = .459$  / jueves:  $\chi^2_2 = 8.154$ ,  $p = .227$  / viernes:  $\chi^2_2 = 6.496$ ,  $p = .370$  / sábado:  $\chi^2_2 = 5.612$ ,  $p = .468$  / domingo:  $\chi^2_2 = 11.814$ ,  $p = .066$ ). Esto vuelve a mostrar preferencias similares en todos los grupos a la hora de ir a bares, lugares públicos o a ambos sitios, para ingerir alcohol.

Tabla 26

Proporción de jóvenes en clusters NO CIA que acceden al alcohol de distintas maneras dependiendo del día de la semana

		MLNOCIA % (n)	MMNOCIA % (n)	HLNOCIA % (n)	HMNOCIA % (n)
	Autoservicio	-	33.3 (1)	-	-
<b>Martes</b>	Profesional	-	66.7 (2)	100.0 (1)	100.0 (2)
	Ambos	-	-	-	-

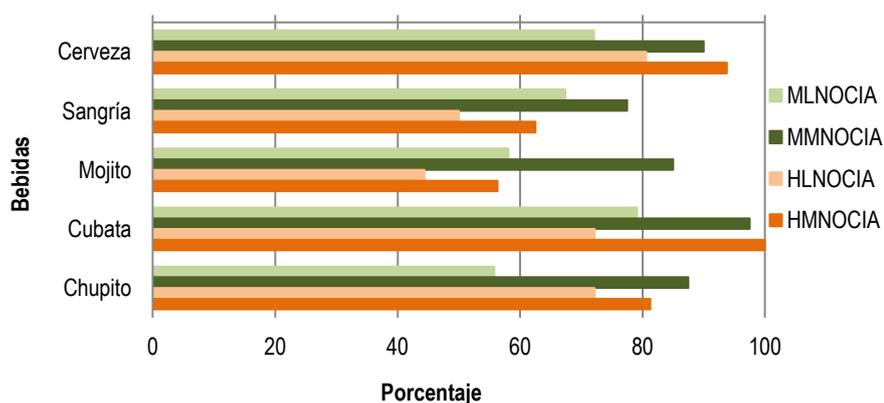
(continúa)

Tabla 26  
Proporción de jóvenes en clusters NO CIA que acceden al alcohol de distintas maneras dependiendo del día de la semana

		MLNOCIA % (n)	MMNOCIA % (n)	HLNOCIA % (n)	HMNOCIA % (n)
Miércoles	Autoservicio	33.3 (1)	66.7 (2)	100.0 (1)	-
	Profesional	66.7 (2)	33.3 (1)	-	-
	Ambos	-	-	-	-
Jueves	Autoservicio	33.3 (1)	25.0 (3)	50.0 (1)	-
	Profesional	66.7 (2)	66.7 (8)	50.0 (1)	50.0 (1)
	Ambos	-	8.3 (1)	-	50.0 (1)
Viernes	Autoservicio	33.5 (5)	20.0 (5)	28.6 (4)	-
	Profesional	53.8 (8)	64.0 (16)	50.0 (7)	73.3 (11)
	Ambos	13.3 (2)	16.0 (4)	21.4 (3)	26.7 (4)
Sábado	Autoservicio	18.4 (7)	27.8 (10)	23.5 (8)	6.3 (1)
	Profesional	50.0 (19)	47.2 (17)	58.8 (20)	62.5 (10)
	Ambos	31.6 (12)	25 (9)	17.6 (6)	31.3 (5)
Domingo	Autoservicio	60.0 (3)	50.0 (5)	66.7 (2)	100.0 (5)
	Profesional	40.0 (2)	50.0 (5)	33.3 (1)	-
	Ambos	-	-	-	-

En la Figura 21 se representan los porcentajes de consumidores para cada una de las bebidas, en función del *cluster* NO CIA:

Figura 21  
Proporción de consumidores para diferentes bebidas, en función de los clusters NO CIA



Al revisar el tipo de bebida que suelen consumir los jóvenes NO CIA (Figura 21) se encuentran diferencias significativas en todos los destilados. En concreto, para el mojito ( $\chi^2_3 = 14.21$ ,  $p = .003$ ) hay una mayor tendencia de las mujeres *Medium* a preferir esta bebida, mientras que para el cubata ( $\chi^2_3 = 13.65$ ,  $p = .003$ ) y el chupito ( $\chi^2_3 = 11.15$ ,  $p = .011$ ), serían los grupos *Medium* de ambos sexos. Sin embargo, en los fermentados, hay una proporción de preferencia similar en todos los grupos (cerveza:  $\chi^2_3 = 6.19$ ,  $p = .102$  / sangría:  $\chi^2_3 = 6.47$ ,  $p = .091$ ).

## 1.4. AUDIT

Este instrumento de detección del consumo de riesgo de alcohol ha sido de los más utilizados con población CIA, por ello se considera oportuno evaluar con detalle su utilidad real. En primer lugar se analizará cómo clasifica al colectivo CIA y NO CIA, contemplando en todos los casos la diferenciación por sexos. Posteriormente se evaluará qué ocurre con los diferentes *clusters* de CIAs y NO CIAs.

Se incluye además un estudio de cada uno de los 10 ítems que componen el cuestionario, tratando de este modo de identificar las preguntas más representativas para estos colectivos de consumidores.

La puntuación obtenida en el AUDIT para los CIAs mujeres y varones y NO CIAs mujeres y varones se muestran en la Tabla 27. La  $n$  obtenida en cada caso oscila en función de los datos faltantes.

La prueba  $t$  para muestras independientes ofrece diferencias significativas entre ambos grupos ( $t = 9.248$ ;  $p < .001$ ). Teniendo en cuenta los puntos de corte que establece Cherpitel (*consumo perjudicial: más de 7 puntos en hombres / más de 5 en mujeres // posible dependencia: 13 o más puntos*), se

observa que los CIA (utilizando los gramos reales de consumo), superan los 5 puntos en el caso de las mujeres (6.84) y los 7 puntos en el de los hombres (7.68). Al analizar a los CIA en función del sexo no se detectan diferencias significativas ( $t = -1.950 / p = .052$ ).

En cambio, las calificaciones se encuentran por debajo de estos puntos de corte cuando se trata de lo jóvenes NO CIA. Además, para este colectivo tampoco se muestran diferencias entre mujeres y hombres ( $t = -1.083 / p = .281$ ).

Tabla 27  
Puntuaciones medias del AUDIT según CIA o NO CIA y en función del sexo

	Sexo	n	$\bar{x}$ (d.t)	Total: $\bar{x}$ (d.t)
<b>CIA</b> (n = 265)	Mujer	129	6.84 (3.53)	7.27 (3.48)
	Hombre	136	7.68 (3.40)	
<b>NO CIA</b> (n = 135)	Mujer	83	3.87 (2.76)	4.07 (2.79)
	Hombre	52	4.40 (2.83)	

Al evaluar cómo clasifica el AUDIT a los sujetos en función del *cluster* de pertenencia (Tabla 28), se observan resultados interesantes.

Tabla 28  
Puntuaciones medias del AUDIT según clusters CIA y NO CIA

	Cluster	n	$\bar{x}$ (d.t)
<b>CIA</b> (n = 265)	MMCIA	91	5.80 (2.79)
	MHCIA	38	9.34 (3.89)
	HLCIA	46	6.41 (3.01)
	HMCIA	60	7.88 (3.17)
	HHCIA	30	9.20 (3.80)
<b>NO CIA</b> (n = 135)	MLNOCIA	43	2.65 (1.77)
	MMNOCIA	40	5.21 (3.08)
	HLNOCIA	36	3.47 (2.42)
	HMNOCIA	16	6.50 (2.61)

Entre los CIA, únicamente los hombres *Light* obtienen puntuaciones inferiores a 7 (6.41), por lo que según este cuestionario no estarían realizando consumo perjudicial, a pesar de que si se tiene en cuenta los gramos reales consumidos, este grupo es considerado CIA, y por tanto se asume que acarrea un perjuicio derivado del consumo. En el caso de las mujeres, ambos grupos presentan puntuaciones superiores a 5. El ANOVA muestra diferencias entre los *clusters* ( $F_{(4, 527.310)} = 12.774, p < .001$ ), en concreto la prueba *a posteriori* de Games-Howell las identifica entre las mujeres *Medium* y *Heavy* ( $p < .001$ ), entre estas primeras y los dos grupos de hombres de mayor consumo (MMCIA - HMCIA:  $p < .001$  / MMCIA - HHCIA:  $p < .001$ ), y entre los grupos *Heavy* de ambos sexos y los hombres *Light* (MHCIA - HLCIA:  $p = .003$  / HHCIA - HLCIA:  $p = .011$ ).

Entre los NO CIA, el AUDIT identifica bien a todos sus *clusters* excepto a las mujeres *Medium*, ya que obtienen puntuaciones superiores a 5 (5.21), a pesar de que según la clasificación realizada en este trabajo, su consumo no debería ser considerado perjudicial. Por otra parte, el ANOVA muestra diferencias entre ellos ( $F_{(4, 527.310)} = 12.774, p < .001$ ), en concreto se describen entre las mujeres *Light* y los grupos *Medium* de ambos sexos (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p < .001$  / MLNOCIA - HMNOCIA:  $p < .001$ ), y entre estos últimos y los hombres *Light* (MMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .040$  / HMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .003$ ).

Aunque es fácil identificar los grupos que tienen mayor porcentaje de mal clasificados (HLCIA y MMNOCIA), tener unas desviaciones típicas tan amplias (más de tres puntos en la mayoría de los casos) advierte de la probabilidad de que algunos entrevistados de otras agrupaciones también se clasifiquen mal en función del AUDIT (Tabla 29).

Tabla 29  
Porcentajes de jóvenes mal clasificados por el AUDIT, en función de los clusters CIA o NO CIA a los que pertenecen

	Cluster	Mal clasificados (Mujeres 0-5 / Hombres 0-7)		Bien clasificados (Mujeres 6 o + / Hombres 8 o +)	
		%	n	%	n
<b>CIA</b> (n = 265)	MMCIA	52.7	48	47.3	43
	MHCIA	7.9	3	92.1	35
	HLCIA	70.2	33	27.7	13
	HMCIA	56.7	34	43.3	26
	HHCIA	33.3	10	66.7	20
<b>NO CIA</b> (n = 135)	MLNOCIA	11.6	5	88.4	38
	MMNOCIA	25.6	10	74.4	30
	HLNOCIA	8.3	3	91.7	33
	HMNOCIA	37.5	6	62.5	10

Entre los *clusters* CIA, son los grupos *Heavy* los que consiguen menores porcentajes de mal clasificados (MHCIA: 7.9% / HHCIA: 33.3%). No obstante, los hombres *Light* llegan a presentar un porcentaje de clasificación incorrecta superior a todos los demás *clusters* (70.2%), hecho que ya se anticipaba en los resultados de la Tabla 28.

Resultados contrarios se presentan al analizar los *clusters* NO CIA, ya que son los grupos más fuertes (MMNOCIA y HMNOCIA) los que presentan mayores porcentajes de mal catalogados (25.6% y 37.5% respectivamente). Sin embargo, los resultados presentados en este grupo muestran en general, elevados porcentajes de clasificados correctamente, en comparación con los *clusters* CIA.

A continuación, se presenta el análisis detallado de cada uno de los ítems que contiene este cuestionario. Para ello primero se presenta una tabla en la que se analizan las puntuaciones medias y el nivel de significación en función de CIA o NO CIA y del sexo (Tabla 30). Después se realiza este mismo análisis

en función del *cluster* al que pertenecen y se presenta en una serie de gráficos (Figuras 22 y 23).

Tabla 30

Puntuaciones medias en cada uno de los ítems del AUDIT, según CIA o NO CIA y en función del sexo

AUDIT	CIA	NO CIA	p	CIA mujer	CIA hombre	p
	$\bar{X}$ (d.f)	$\bar{X}$ (d.f)		$\bar{X}$ (d.f)	$\bar{X}$ (d.f)	
A1	2.06 (0.67)	1.75 (0.70)	.001***	1.95 (0.62)	2.18 (0.706)	.006**
A2	1.47 (0.99)	0.60 (0.77)	.001***	1.35 (0.87)	1.58 (1.08)	.059
A3	1.22 (0.82)	0.55 (0.68)	.001***	1.08 (0.82)	1.35 (0.81)	.008**
A4	0.31 (0.55)	0.18 (0.40)	.009**	0.29 (0.53)	0.32 (0.58)	.594
A5	0.29 (0.50)	0.12 (0.34)	.001***	0.26 (0.47)	0.32 (0.52)	.334
A6	0.06 (0.26)	0.03 (0.17)	.164	0.06 (0.27)	0.06 (0.26)	.923
A7	0.53 (0.65)	0.36 (0.53)	.005**	0.50 (0.63)	0.56 (0.66)	.521
A8	0.62 (0.64)	0.26 (0.47)	.001***	0.68 (0.61)	0.55 (0.66)	.098
A9	0.56 (1.23)	0.13 (0.60)	.001***	0.50 (1.22)	0.62 (1.25)	.426
A10	0.16 (0.68)	0.15 (0.67)	.886	0.17 (0.79)	0.15 (0.57)	.782

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Las tres primeras preguntas de este cuestionario, hacen referencia al *consumo de riesgo* que realiza el sujeto. En este caso, los jóvenes CIA puntúan por encima de los NO CIA en todas ellas, obteniendo la máxima calificación en el ítem 1 de la prueba (*¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?*). Además, la prueba *t* para muestras independientes, identifica diferencias entre ambos grupos para las tres preguntas. Si se diferencia al grupo CIA en función del sexo, aparecen puntuaciones superiores en los hombres. Sin embargo, estas diferencias únicamente se perciben como significativas en los ítems 1 y 3.

Las preguntas 4 a 6, rastrean posibles *síntomas de dependencia*. En estas, las puntuaciones se sitúan entre los 0.06 y 0.31 para los CIA, y entre 0.03 y 0.18 para los NO CIA, encontrando diferencias significativas entre ambos grupos en los ítems 4 y 5. En cambio, si se divide a los CIA por sexos, obtienen

puntuaciones similares para estas tres preguntas, ya que los resultados descritos por el estadístico, no muestran diferencias significativas entre ellos. Cabe destacar que la pregunta referida a, la *necesidad de beber por la mañana para poder ponerse en funcionamiento* (A6), es la que obtiene calificaciones más bajas en todo el cuestionario para todos los grupos analizados.

Los ítems 7 hasta 10 reflejan *consecuencias derivadas del consumo de alcohol*. Como cabe esperar, las respuestas del grupo CIA muestran mayor puntuación que las respuestas del grupo NO CIA. Además, todas ellas advierten diferencias significativas entre ambos grupos, excepto para el ítem 10 (*¿Algún familiar, amigo o médico ha mostrado preocupación por tu consumo de alcohol?*). No obstante, a pesar de haber diferencias, las puntuaciones para cada uno de los grupos son bajas, en el grupo CIA oscilan entre 0.16 y 0.62, y en el grupo NO CIA entre 0.13 y 0.36. Al comparar entre sexos, los CIA puntúan de manera similar, ya que no se encuentran diferencias entre ellos.

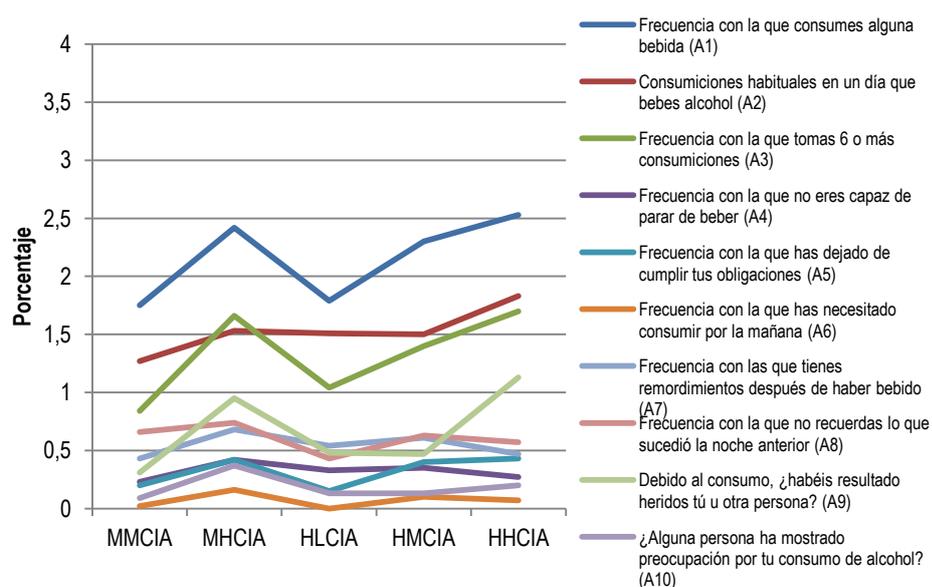
En los siguientes gráficos se presentan los resultados de cada uno de los ítems del AUDIT, en función del *cluster* CIA (Figura 22) o NO CIA (Figura 23) de pertenencia.

Si se hace referencia a las preguntas relacionadas con el *consumo de riesgo* (1 a 3), se observa que son estas las que más destacan respecto al resto de ítems evaluados. En concreto, es la primera la que alcanza puntuaciones más elevadas para todos los *clusters* (MMCIA: 1.75 / MHCIA: 2.42 / HLCIA: 1.79 / HMCIA: 2.30 / HH CIA: 2.53). Sin embargo, tal y como se ve reflejado en la Figura 22, son las preguntas 1 y 3 las que advierten diferencias entre sus *clusters* (1:  $F_{(4, 27.525)} = 19.027, p < .001$  / 3:  $F_{(4, 31.046)} = 13.481, p < .001$ ). En concreto, las identifican entre las mujeres *Medium* y los grupos *Heavy* de ambos sexos (1: MMCIA - MHCIA:  $p < .001$  / MMCIA - HH CIA:  $p < .001$  // 3:

MMCIA - MHCIA:  $p < .001$  / MMCIA - HHCIA:  $p < .001$ ), entre estas y los hombres *Medium* (1 y 3:  $p < .001$ ), entre los hombres *Light* respecto a los grupos *Heavy* de ambos sexos (1: HLCIA - MHCIA:  $p < .001$  / HLCIA - HHCIA:  $p < .001$  // 3: HLCIA - MHCIA:  $p = .003$  / HLCIA - HHCIA:  $p = .008$ ), y específico del ítem 1, entre los hombres *Light* y *Medium* ( $p < .001$ ).

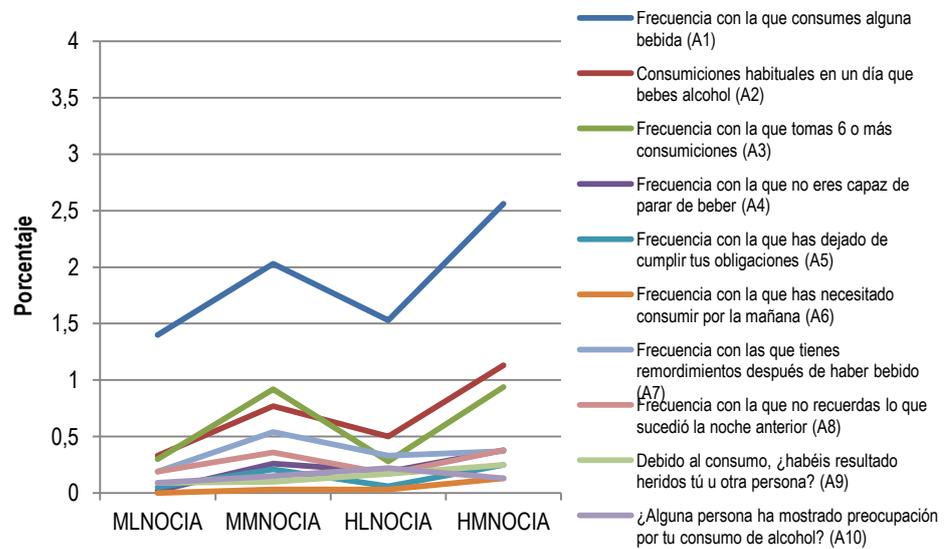
Figura 22

Puntuaciones medias de cada uno de los ítems del AUDIT, según los clusters del grupo CIA



Para el resto de preguntas evaluadas por el AUDIT se aprecia poca distinción entre *clusters* (-en los ítems 5, 6 y 9 el ANOVA muestra diferencias pero las pruebas a posteriori no las identifican- 4:  $F_{(4, 1.199)} = 0.962$ ,  $p = .429$  / 5:  $F_{(4, 3.637)} = 3.729$ ,  $p = .006$  / 6:  $F_{(4, 0.759)} = 2.698$ ,  $p = .031$  / 7:  $F_{(4, 2.348)} = 1.389$ ,  $p = .238$  / 8:  $F_{(4, 2.327)} = 1.422$ ,  $p = .227$  / 9:  $F_{(4, 22.186)} = 3.764$ ,  $p = .005$  / 10:  $F_{(4, 2.254)} = 1.190$ ,  $p = .315$ ). Cabe destacar que, nuevamente, es el ítem 6 el que queda por debajo en todos los grupos CIA evaluados.

Figura 23  
Puntuaciones medias de cada uno de los ítems del AUDIT, según los clusters del grupo NO CIA



En general, las puntuaciones obtenidas por los *clusters* NO CIA, son más bajas que las obtenidas por los CIA. Además, tal y como se observa en la Figura 23, el único ítem que destaca, es el referido a la *frecuencia con la que consumen alguna bebida* (A1). Sin embargo, el ANOVA advierte diferencias significativas entre los *clusters* para todas las preguntas relacionadas con el *consumo de riesgo* (1:  $F_{(3, 20.710)} = 19.440, p < .001$  / 2:  $F_{(3, 9.124)} = 5.560, p < .001$  / 3:  $F_{(3, 13.136)} = 11.384, p < .001$ ). En particular, para el ítem 1 las identifica entre las mujeres y hombres *Light* y los grupos *Medium* de ambos sexos (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p < .001$  / MLNOCIA - HMNOCIA:  $p < .001$  / HLNOCIA - HMNOCIA:  $p < .001$  / HLNOCIA - MMNOCIA:  $p < .001$ ), y también para los grupos *Medium* de ambos sexos entre ellos ( $p = .027$ ). En el ítem 2, las diferencias se detectan entre los HMNOCIA y los grupos *Light* de ambos sexos (HMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .003$  / HMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .030$ ). Finalmente, para el 3 se identifican entre los grupos *Light* y los grupos *Medium*

de ambos sexos (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p < .001$  / MLNOCIA - HMNOCIA:  $p = .013$  / HLNOCIA - HMNOCIA:  $p = .011$  / HLNOCIA - MMNOCIA:  $p < .001$ ).

Entre las preguntas relacionadas con la *dependencia al alcohol*, únicamente se encuentra diferencias entre los *clusters* para el ítem 4 ( $F_{(3, 1.900)} = 4.158$ ,  $p = .008$ ), las cuales se perciben entre ambos grupos de mujeres ( $p = .016$ ).

Por último, las preguntas referidas a las *consecuencias derivadas del consumo de alcohol*, muestran resultados similares para todos sus ítems (8:  $F_{(3, 1.137)} = 1.745$ ,  $p = .161$  / 9:  $F_{(3, 0.364)} = 0.321$ ,  $p = .810$  / 10:  $F_{(3, 0.338)} = 0.241$ ,  $p = .867$ ), a excepción de la número 7 ( $F_{(3, 2.561)} = 3.087$ ,  $p = .030$ ), la cual muestra diferenciación entre los *clusters Light y Medium* de las mujeres ( $p = .014$ ).

A partir de estos resultados, parece advertirse que este instrumento construido en su momento para identificar consumos de riesgo, no detecta de manera adecuada a los jóvenes que realizan CIA. Por este motivo se recurre a evaluar la fiabilidad de la consistencia interna del mismo sirviéndose del alfa de Cronbach. En esta muestra, el valor obtenido se sitúa en .684. Sirviéndose del criterio general de George y Mallery (2003, p. 231) un coeficiente alfa  $> .7$  es aceptable y  $> .6$  es cuestionable. Puede concluirse por tanto, que nos encontramos con una escala medianamente aceptable para dar cuenta de este tipo de consumo.

Al calcular la fiabilidad de cada uno de los ítems, con el objetivo de averiguar si alguno de ellos interfiere en el aumento de la consistencia interna (Tabla 31), se observa que la eliminación del ítem 6, referido a los síntomas de abstinencia (*Durante el último año, ¿con qué frecuencia has necesitado tomar alguna bebida alcohólica por la mañana para poder ponerte en funcionamiento*

*después de una noche de haber bebido mucho?*), permitiría incrementar el alfa a 0.687. A pesar de ello, sigue siendo un resultado bastante cuestionable que invitaría a evaluar posibles mejoras en algunos de los ítems incluidos en la escala.

Tabla 31  
*Puntuaciones de fiabilidad obtenidas para el AUDIT eliminando uno de sus ítems*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A1	4.27	11.825	.303	.668
A2	5.05	10.215	.372	.662
A3	5.24	9.900	.598	.604
A4	5.97	12.049	.409	.656
A5	5.99	12.428	.346	.665
A6	<b>6.18</b>	<b>13.461</b>	<b>.162</b>	<b>.687</b>
A7	5.76	11.781	.380	.656
A8	5.73	11.541	.444	.646
A9	5.81	10.235	.337	.675
A10	6.07	12.227	.229	.681

## 2. FORMAS DE MEDIR EL CIA

En este apartado se evalúan las diferentes variables incluidas en la definición de lo que se considera un CIA. Se tratará primero la medida de la cantidad de alcohol consumido, diferenciando número de consumiciones y gramos de alcohol –UBEs- consumidos. En segundo lugar, se evaluarán formas de medir la duración del evento de consumo, recurriendo tanto al número de horas que utilizan estos jóvenes para consumir en forma de CIA, como al porcentaje de jóvenes que estarían mal clasificados como CIAs si no se tuviera en cuenta este periodo temporal *-una única ocasión de consumo-*. Conviene

subrayar que, en todos los casos se considera la duración del evento de consumo para la obtención de los resultados, excepto en el apartado dedicado a este tema, en el que al calcular la cantidad de mal clasificados se hace referencia al no uso de esta variable. Por último, se analiza la frecuencia con la que realizan esta conducta, identificando la asiduidad del CIA en un periodo previo de 6 meses.

## **2.1. Cantidad de alcohol consumido**

### **2.1.1 Número de consumiciones**

La revisión efectuada en el primer capítulo sobre la operacionalización del CIA permitió concluir que la mejor definición del mismo era la del consumo de 70 o más gramos de alcohol para los hombres y 60 o más gramos de alcohol para las mujeres, llegando a alcanzar un nivel de alcohol en sangre de 0.8 g/l, acotado en función del ritmo promedio de metabolización del alcohol. Este consumo equivale a 7 o más consumiciones para el caso de los varones y 6 o más consumiciones para el caso de las mujeres.

En este apartado se trata de verificar hasta qué punto recurrir al número de consumiciones incrementa o disminuye el error de clasificación como sujeto consumidor intensivo.

Dado que los días de mayor consumo son jueves, viernes y sábado se limita el análisis a estos tres días. Se especifica en la tabla como “mal clasificados” aquellos sujetos que no llegan al mínimo de consumiciones necesarias para ser catalogados como CIAs.

En primer lugar se presentan los datos de mujeres CIA (Tabla 32).

Tabla 32  
Porcentaje de mujeres CIA mal clasificadas según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

Mujeres CIA (n = 129)	Mal clasificadas					Bien clasificadas	No consumen ese día
	1	2	3	4	5	6 o más	
<b>Jueves</b>	0.8% (n = 1)	1.6% (n = 2)	1.6% (n = 2)	6.2% (n = 8)	2.3% (n = 3)	6.9% (n = 9)	80.6% (n = 104)
	<b>12.5%</b>						
<b>Viernes</b>	0	3.9% (n = 5)	6.2% (n = 8)	9.3% (n = 12)	7.8% (n = 10)	8.5% (n = 11)	64.3% (n = 83)
	<b>27.2%</b>						
<b>Sábado</b>	0.8% (n = 1)	2.3% (n = 3)	14.7% (n = 19)	15.5% (n = 20)	18.6% (n = 24)	32.6% (n = 42)	15.5% (n = 20)
	<b>51.9%</b>						
<b><math>\bar{x}</math> total</b>	<b>30.5%</b>					<b>16%</b>	<b>53.4%</b>

Nota. 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

De las mujeres CIA que consumen los jueves un 6.9% estarían bien clasificadas si se utilizase el criterio del número de consumiciones, frente a un 12.5% que tendría una clasificación incorrecta, ya que no serían consideradas CIA (a pesar de que sí lo son) al ingerir menos de 6 consumiciones.

En el viernes se incrementa el porcentaje de mal clasificadas (27.2%), llegando al máximo en el sábado, con la mitad de las mujeres mal clasificadas (51.9%).

Así pues, teniendo en cuenta estos porcentajes, se obtiene un total del **30.5% de mujeres CIA** que estarían **mal clasificadas** según este criterio.

En el caso de los hombres CIA (Tabla 33), se ha eliminado la opción de una consumición al no alcanzar ninguno de ellos los 70 o más gramos con esta ingesta.

Tabla 33

Porcentaje de hombres CIA mal clasificados según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

Hombres CIA (n = 137)	Mal clasificados					Bien clasificados	No consumen ese día
	2	3	4	5	6	7 o más	
<b>Jueves</b>	0.7% (n = 1)	4.4% (n = 6)	6.6% (n = 9)	2.9% (n = 4)	2.9% (n = 4)	8.0% (n = 11)	74.5% (n = 102)
	<b>17.5%</b>						
<b>Viernes</b>	2.9% (n = 4)	5.8% (n = 8)	13.9% (n = 19)	9.5% (n = 13)	6.6% (n = 9)	10.9% (n = 15)	50.4% (n = 69)
	<b>38.7%</b>						
<b>Sábado</b>	2.9% (n = 4)	13.1% (n = 18)	17.5% (n = 24)	16.8% (n = 23)	10.2% (n = 14)	18.3% (n = 25)	21.2% (n = 29)
	<b>60.5%</b>						
<b><math>\bar{x}</math> total</b>	<b>38.9%</b>					12.4%	48.7%

Nota. 2, 3, 4, 5, 6, 7 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

Nuevamente se observa la misma distribución de mal clasificados que con las mujeres, ya que se va incrementando el error conforme avanza la semana, acumulándose el mayor porcentaje de errores el sábado que coincide además con el día de mayor número de consumidores intensivos.

En el caso de los varones un total del **38,9%** estarían **mal clasificados** según este criterio.

Si esto mismo se analiza respecto al *cluster* CIA al que pertenecen, se obtienen los siguientes resultados (Tabla 34 a 38).

Tabla 34  
Porcentaje de MMCIA mal clasificadas según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

MMCIA (n = 91)	Mal clasificadas					Bien clasificadas	No consumen ese día
	1	2	3	4	5	6 o más	
<b>Jueves</b>	1.1% (n = 1)	2.2% (n = 2)	2.2% (n = 2)	7.7% (n = 7)	1.1% (n = 1)	6.6% (n = 6)	79.1% (n = 72)
	<b>14.3%</b>						
<b>Viernes</b>	0	5.5% (n = 5)	7.7% (n = 7)	9.9% (n = 9)	4.4% (n = 4)	4.4% (n = 4)	68.1% (n = 62)
	<b>27.5%</b>						
<b>Sábado</b>	1.1% (n = 1)	3.3% (n = 3)	16.5% (n = 15)	14.3% (n = 13)	20.9% (n = 19)	27.4% (n = 25)	16.5% (n = 15)
	<b>56.1%</b>						
<b><math>\bar{x}</math> total</b>	32.6%					12.8%	54.5%

Nota. 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

Entre las MMCIA, el 79.1% no consume el jueves y del colectivo CIA que si consume un 6.6% estarían bien clasificados como CIA en función del número de consumiciones y un 14.3% tendría una clasificación incorrecta. Para el viernes, se presentan clasificaciones incorrectas a partir de las dos consumiciones, obteniendo un porcentaje total de mujeres *Medium* mal clasificadas del 27.5%. Por último, para el sábado, el porcentaje de mal clasificadas asciende al 56.1% de la muestra, obteniendo el mayor error en aquellas que ingieren cinco consumiciones (20.9%).

En general puede decirse que en estos tres días de mayor consumo el **32.6% de MM CIA** estarían **mal clasificadas** si se utilizase como criterio el número de consumiciones.

Tabla 35

Porcentaje de MHCIA mal clasificadas según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

MHCIA (n = 38)	Mal clasificadas					Bien clasificadas	No consumen ese día	
	1	2	3	4	5	6 o más		
<b>Jueves</b>	0	0	0	2.6% (n = 1)	5.3% (n = 2)	7.9% (n = 3)	84.2% (n = 32)	
	<b>7.9%</b>							
<b>Viernes</b>	0	0	2.6% (n = 1)	7.9% (n = 3)	15.8% (n = 6)	18.4% (n = 7)	55.3% (n = 21)	
	<b>26.3%</b>							
<b>Sábado</b>	0	0	10.5% (n = 4)	18.4% (n = 7)	13.2% (n = 5)	44.7% (n = 17)	13.2% (n = 5)	
	<b>42.1%</b>							
<b><math>\bar{x}</math> total</b>				25.4%			23.6%	50.9%

Nota. 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

Entre las mujeres *Heavy* (Tabla 35) se observan porcentajes de clasificación correcta superiores a los de las mujeres *Medium*. Para el jueves, únicamente se observan clasificaciones erróneas a partir de la ingesta de cuatro (2.6%) o cinco (5.3%) consumiciones, obteniendo un total del 7.9% de mal clasificados para ese día. Estos errores se observan para el viernes y el sábado a partir de la ingesta de tres consumiciones. En concreto, se advierte un total del 26.3% y 42.1% de mal clasificados para el viernes y el sábado respectivamente.

Considerando los tres días en conjunto, un total del **25.4% de MHCIA** estarían **mal clasificadas** utilizando el criterio del número de consumiciones.

Tabla 36  
Porcentaje de HLCIA mal clasificados según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

HLCIA (n = 47)	Mal clasificados					Bien clasificados	No consumen ese día
	2	3	4	5	6	7 o más	
<b>Jueves</b>	0	0	8.5% (n = 4)	2.1% (n = 1)	0	2.2% (n = 1)	87.2% (n = 41)
	<b>10.6%</b>						
<b>Viernes</b>	2.1% (n = 1)	4.3% (n = 2)	12.8% (n = 6)	2.1% (n = 1)	10.6% (n = 5)	4.3% (n = 2)	63.8% (n = 30)
	<b>31.9%</b>						
<b>Sábado</b>	2.1% (n = 1)	14.9% (n = 7)	19.1% (n = 9)	21.3% (n = 10)	12.8% (n = 6)	6.4% (n = 3)	23.4% (n = 11)
	<b>70.2%</b>						
<b><math>\bar{x}</math> total</b>	37.5%					4.3%	58.1%

Nota. 2, 3, 4, 5, 6, 7 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

De entre los consumidores del grupo *Light* de varones (Tabla 36), el 10.6% estarían mal clasificados el jueves al sobrepasar el límite de 70 gramos ingiriendo cuatro (8.5%) o cinco (2.1%) consumiciones. Los viernes esta clasificación errónea llegaría al 31.9% de la población, siendo la ingesta de cuatro consumiciones la que advierte mayor porcentaje de mal clasificados (12.8%). Por último, el sábado, se identifican como mal clasificados casi las tres cuartas partes de los consumidores CIA de ese día (70.2%), obteniendo los

errores más elevados en aquellos que ingieren cuatro (19.1%) y cinco (21.3%) consumiciones.

En general, un **37.5% de HLCIA** estarían **mal clasificados** utilizando este criterio.

Tabla 37

Porcentaje de HMCIA mal clasificados según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

HMCIA (n = 60)	Mal clasificados					Bien clasificados	No consumen ese día
	2	3	4	5	6	7 o más	
<b>Jueves</b>	1.7% (n = 1)	8.3% (n = 5)	5.0% (n = 3)	5.0% (n = 3)	1.7% (n = 1)	5.0% (n = 3)	73.3% (n = 44)
	<b>21.7%</b>						
<b>Viernes</b>	3.3% (n = 2)	6.7% (n = 4)	16.7% (n = 10)	13.3% (n = 8)	3.3% (n = 2)	13.4% (n = 8)	43.3% (n = 26)
	<b>43.3%</b>						
<b>Sábado</b>	3.3% (n = 2)	11.7% (n = 7)	13.3% (n = 8)	16.7% (n = 10)	6.7% (n = 4)	20.0% (n = 12)	28.3% (n = 17)
	<b>51.7%</b>						
<b><math>\bar{x}</math> total</b>	<b>38.9%</b>					12.8%	48.3%

Nota. 2, 3, 4, 5, 6, 7 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

Para el *cluster* HMCIA (Tabla 37), se obtiene que el 73.3% no consumen el jueves, mientras que en el grupo que sí consumen, un 5% tendrían una clasificación correcta de CIA y un 21.7% tendría una clasificación incorrecta. Para el viernes y el sábado, el 43.3% y el 51.7% estarían mal clasificados respectivamente, mostrando mayores errores los que ingirieron cuatro y cinco consumiciones.

En este colectivo un **38.9% de HMCIA** estarían **mal clasificados** utilizando este criterio.

Tabla 38  
Porcentaje de HHCIA mal clasificados según el criterio de 6/7 consumiciones, en los tres días de mayor consumo

HHCIA (n = 30)	Mal clasificados					Bien clasificados	No consumen ese día
	2	3	4	5	6	7 o más	
<b>Jueves</b>	0	3.3% (n = 1)	6.7% (n = 2)	0	10.0% (n = 3)	23.3% (n = 7)	56.7% (n = 17)
	<b>20.0%</b>						
<b>Viernes</b>	3.3% (n = 1)	6.7% (n = 2)	10.0% (n = 3)	13.3% (n = 4)	6.7% (n = 2)	16.7% (n = 5)	43.3% (n = 13)
	<b>40.0%</b>						
<b>Sábado</b>	3.3% (n = 1)	13.3% (n = 4)	23.3% (n = 7)	10.0% (n = 3)	13.3% (n = 4)	33.5% (n = 10)	3.3% (n = 1)
	<b>63.2%</b>						
<b><math>\bar{x}</math> total</b>	41.06%					24.5%	34.4%

Nota. 2, 3, 4, 5, 6, 7 o más hacen referencia al número de consumiciones (ej. 1 consumición, 2 consumiciones,...).

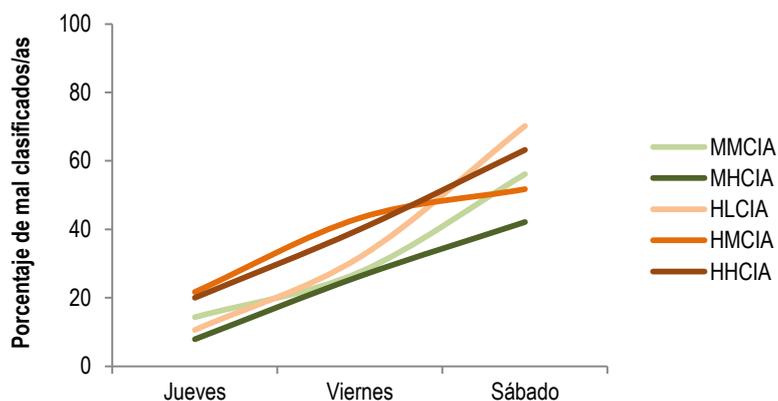
El 56.7% de los hombres *Heavy* (Tabla 38) no consumen el jueves. De entre los que sí lo hacen, el 20% estarían mal clasificados al sobrepasar el límite de 70 gramos mediante la ingesta de tres (3.3%), cuatro (6.7%) o seis (10%) consumiciones. Para el viernes, la clasificación errónea alcanza al 40% de CIAs, llegando hasta el 63.2% los sábados, obteniendo los errores más elevados en aquellos que ingieren cuatro (23.3%) consumiciones.

Teniendo en cuenta estos resultados, se obtiene un total de **41.06% de HHCIA** que estarían **mal clasificados** utilizando este criterio.

Para ver con mayor claridad el porcentaje de mal clasificados en los *clusters* CIA, se presenta la siguiente figura (Figura 24):

Figura 24

Porcentaje de mal clasificados según el criterio de 6/7 consumiciones, en función de los *clusters* CIA



Se observa que las mujeres *Heavy* son las que muestran un porcentaje de clasificación erróneo más bajo, para los tres días de la semana analizados. Por otro lado, se advierte una tendencia general de todos los jóvenes CIA a aumentar el número de mal clasificados, conforme avanzan los días de la semana. En este sentido, el día que presenta mayores porcentajes de clasificación errónea es el sábado, seguido del viernes y del jueves. Esta tendencia se relaciona con el hecho de que la población evaluada presenta mayores consumos en estos dos primeros días (sábado y viernes). Además, el estadístico Chi-Cuadrado confirma la existencia de diferencias significativas entre los *clustes* ( $\chi^2_4 = 13.760, p = .008$ ).

### **2.1.2 Gramos reales de consumo vs Unidades de Bebida Estándar (UBEs)**

Si bien el número de consumiciones ha sido utilizado como medida del consumo de alcohol en la literatura científica, son muchas las investigaciones que muestran la poca precisión de este método para evaluar la ingesta de alcohol en los jóvenes (Bonar y cols., 2012; DeJong, 2001; Jackson, 2008; Kerr y cols., 2005; Parada y cols., 2011; Perkins y cols., 2001; Read y cols., 2008; White y cols., 2005; White y cols., 2006). De ahí que se recurra a otra unidad de medida, la cantidad de gramos de alcohol consumidos referenciados como Unidades de Bebida Estándar o UBEs. Sin embargo, a esta forma de medir el consumo de alcohol, se le cuestiona la posible infraestimación que puede realizar del consumo de los jóvenes que suelen servirse sus propias consumiciones (Giménez, y cols., 2010; Giménez y cols., 2011, 2013; White y cols., 2003).

Es por este motivo que en el presente trabajo se muestra de manera empírica (apartado 3 de este capítulo) los problemas derivados de la utilización de medidas estándar (estimadas), como es el caso de la UBE, con respecto a medidas concretas de los gramos consumidos (medidas reales), estas últimas extraídas a partir de las cantidades de alcohol que cada sujeto evaluado vierte cuando se sirve las bebidas que va a ingerir.

Teniendo en cuenta toda esta polémica, en este apartado se van a analizar posibles diferencias entre los gramos estimados (UBEs) y los gramos reales que se asignarían a los consumos efectuados por los entrevistados los tres días de la semana de mayor consumo.

El p-valor (o significación) entre las variables *gramos estándar* y *reales* del jueves se obtiene mediante la prueba *t* para muestras relacionadas en todos

los grupos analizados. El viernes y el sábado se analiza a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, ya que los datos de la muestra para ambos días son asimétricos. El contraste de la variable *diferencia de gramos* se realiza mediante la *t* para muestras independientes en el jueves, y a través de la *U* de Mann-Whitney en el viernes y sábado.

En primer lugar se analizan estas diferencias en función del sexo. En las siguientes tablas (Tablas 39 y 40) se observan los resultados obtenidos junto con la significación correspondiente.

Tabla 39

*Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para las mujeres*

Mujeres	Jueves ( <i>n</i> = 50) $\bar{X}$ (d.f)	Viernes ( <i>n</i> = 123) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado ( <i>n</i> = 195) $\bar{X}$ (d.f)
<b>Gramos estándar</b>	61.40 (37.34)	48.52 (36.23)	72.02 (45.21)
<b>Gramos reales</b>	81.61 (53.41)	61.18 (51.54)	94.99 (71.89)
<b>Diferencia de gramos</b>	20.29 (27.62)	12.74 (24.88)	23.47 (40.61)
<b><i>p</i> (estándar – reales)</b>	.001***	.001***	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabla 40

*Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para los hombres*

Hombres	Jueves ( <i>n</i> = 44) $\bar{X}$ (d.f)	Viernes ( <i>n</i> = 126) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado ( <i>n</i> = 171) $\bar{X}$ (d.f)
<b>Gramos estándar</b>	85.00 (44.35)	64.68 (40.76)	78.83 (47.53)
<b>Gramos reales</b>	117.72 (64.67)	94.32 (65.26)	113.40 (79.48)
<b>Diferencia de gramos</b>	32.84 (37.68)	29.70 (38.97)	35.72 (52.58)
<b><i>p</i> (estándar – reales)</b>	.001***	.001***	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Las diferencias encontradas en el análisis muestran que, para los tres días descritos, tanto mujeres como hombres, consumen más cantidad de alcohol de lo que a nivel estándar cabría esperar.

Además, si se compara entre ambos sexos, la prueba *t* para muestras independientes advierte similitudes en cuanto a la diferencia de gramos en el jueves ( $p = .067$ ). Para el viernes y el sábado la *U* de Mann-Whitney muestra diferencias significativas entre ambos sexos (viernes:  $p < .001$  / sábado:  $p = .005$ ), siendo estas mayores en los hombres que en las mujeres, por lo que estarían vertiendo mayor cantidad de alcohol.

Si este mismo análisis se realiza en función del tipo de consumo (CIA / NO CIA), se obtienen los resultados que se muestran en las Tablas 41 y 42.

En el caso de los CIA, se observan diferencias para todos los días, por lo que se puede concluir que este grupo se sirve más alcohol y por tanto llega a ingerir mayor cantidad de sustancia que si las consumiciones fuesen servidas por un profesional/estándar. En concreto, es el sábado el día que las diferencias son mayores (41.35 g), seguidas del jueves (32.53 g) y del viernes (27.21 g).

Para el grupo NO CIA, se observa que el jueves llegan a ponerse cantidades similares a lo que marcan los estándares, mientras que para el viernes y el sábado la cantidad de gramos reales que consumen superan a los estándares.

Si se analizan las diferencias entre ambos grupos se observa que los CIA obtienen mayor divergencia entre los gramos estándares y reales en comparación con los NO CIA (jueves:  $p < .001$  / viernes:  $p < .001$  / sábado:  $p < .001$ ).

Tabla 41

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo CIA

CIA	Jueves (n = 75) $\bar{X}$ (d.t)	Viernes (n = 180) $\bar{X}$ (d.t)	Sábado (n = 241) $\bar{X}$ (d.t)
<b>Gramos estándar</b>	80.73 (42.16)	66.83 (40.74)	93.69 (44.96)
<b>Gramos reales</b>	113.15 (59.68)	94.01 (63.61)	134.00 (75.67)
<b>Diferencia de gramos</b>	32.53 (33.28)	27.21 (37.44)	41.35 (52.65)
<b>p (estándar – reales)</b>	.001***	.001***	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabla 42

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo NO CIA

NO CIA	Jueves (n = 19) $\bar{X}$ (d.t)	Viernes (n = 69) $\bar{X}$ (d.t)	Sábado (n = 125) $\bar{X}$ (d.t)
<b>Gramos estándar</b>	39.73 (22.26)	30.27 (17.28)	39.56 (21.72)
<b>Gramos reales</b>	40.76 (19.91)	36.08 (22.07)	44.96 (25.51)
<b>Diferencia de gramos</b>	1.03 (16.82)	5.96 (11.97)	5.76 (16.60)
<b>p (estándar – reales)</b>	.792	.001***	.001***

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Por último, se realiza el análisis teniendo en cuenta los *clusters* de cada uno de los grupos (CIA: Tablas 43 a 47 / NO CIA: Tablas 48 a 51).

En los CIA se aprecian diferencias para todos los *clusters* en todos los días analizados, excepto para el grupo de hombres *Light* que consume el jueves. Así pues, se puede afirmar que en general, todos los grupos se sirven mayor cantidad de alcohol y llegan a consumir significativamente más cantidad de alcohol de la que a nivel estándar se podría esperar, a excepción del HLCIA en

su consumo del jueves, en el que los gramos reales que consumen son similares a los estándares.

Agrupando los *clusters* por niveles, se aprecian semejanzas entre las MMCIA y los HMCIA, en los que la diferencia de gramos mayor se encuentra en el jueves, entre las MHCIA y los HHCIA, en los que la mayor diferencia es la del sábado, y por último en los HLCIA, en el que la diferencia más elevada se encuentra en el viernes.

Tabla 43  
Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo MMCIA

MMCIA	Jueves (n = 25) $\bar{X}$ (d.f)	Viernes (n = 50) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado (n = 83) $\bar{X}$ (d.f)
<b>Gramos estándar</b>	67.60 (36.85)	54.00 (36.42)	85.48 (38.46)
<b>Gramos reales</b>	99.01 (51.85)	70.24 (47.43)	114.74 (53.13)
<b>Diferencia de gramos</b>	31.41 (29.13)	16.24 (24.65)	29.26 (36.65)
<b>p (estándar – reales)</b>	.001***	.001***	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabla 44  
Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo MHCIA

MHCIA	Jueves (n = 10) $\bar{X}$ (d.f)	Viernes (n = 33) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado (n = 37) $\bar{X}$ (d.f)
<b>Gramos estándar</b>	79.50 (42.39)	66.06 (42.18)	108.91 (51.22)
<b>Gramos reales</b>	102.79 (57.17)	86.93 (65.54)	158.16 (98.19)
<b>Diferencia de gramos</b>	23.29 (19.63)	20.87 (33.56)	49.25 (65.29)
<b>p (estándar – reales)</b>	.005**	.001***	.001***

\*\* $p \leq .01$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabla 45

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo HLCIA

HLCIA	Jueves (n = 7) $\bar{X}$ (d.t)	Viernes (n = 31) $\bar{X}$ (d.t)	Sábado (n = 40) $\bar{X}$ (d.t)
<b>Gramos estándar</b>	80.00 (33.16)	60.16 (38.54)	82.00 (29.60)
<b>Gramos reales</b>	88.69 (36.03)	90.42 (75.89)	110.25 (44.55)
<b>Diferencia de gramos</b>	8.69 (16.96)	30.26 (48.96)	28.25 (35.93)
<b>p (estándar – reales)</b>	.224	.001***	.001***

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabla 46

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo HMCIA

HMCIA	Jueves (n = 17) $\bar{X}$ (d.t)	Viernes (n = 44) $\bar{X}$ (d.t)	Sábado (n = 52) $\bar{X}$ (d.t)
<b>Gramos estándar</b>	75.00 (33.07)	76.36 (43.01)	90.57 (51.90)
<b>Gramos reales</b>	111.11 (34.28)	105.06 (53.40)	116.69 (54.45)
<b>Diferencia de gramos</b>	36.11 (33.01)	28.88 (28.64)	26.12 (31.72)
<b>p (estándar – reales)</b>	.001***	.001***	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabla 47

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo HHCIA

HHCIA	Jueves (n = 16) $\bar{X}$ (d.t)	Viernes (n = 22) $\bar{X}$ (d.t)	Sábado (n = 29) $\bar{X}$ (d.t)
<b>Gramos estándar</b>	108.43 (52.62)	87.50 (36.53)	119.48 (45.65)
<b>Gramos reales</b>	154.57 (83.78)	141.53 (67.6)	222.07 (94.79)
<b>Diferencia de gramos</b>	46.45 (45.50)	54.03 (50.90)	107.69 (75.63)
<b>p (estándar – reales)</b>	.001***	.001***	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

El ANOVA no advierte divergencias entre los *clusters* para la variable *diferencia de gramos* en el jueves ( $F_{(4, 8174.592)} = 1.938, p = .114$ ). Para el viernes ( $F_{(4,23582.336)} = 4.536, p = .002$ ), únicamente difieren los HHCIA respecto a las MMCIA ( $p = .021$ ), obteniendo mayores divergencias en los primeros. Por último, en el sábado ( $F_{(4,158636.158)} = 18.470, p < .001$ ) son los HHCIA los que se desmarcan de todos los demás grupos, obteniendo diferencias significativas respecto a cada uno de ellos (respecto a MMCIA:  $p < .001$  / MHCIA:  $p = .014$  / HLCIA:  $p < .001$  / HMCIA:  $p < .001$ ).

Debido a que en el análisis previo realizado para el grupo NO CIA, se muestran diferencias significativas únicamente para el viernes y el sábado, el análisis de los *clusters* NO CIA se realizará específicamente para esos dos días. En las tablas 48 a 51 se describen los resultados obtenidos.

En general, no se encuentran diferencias entre los gramos estándar y los reales para los grupos *Light* NO CIA de mujeres, lo que supone un consumo de cantidades de alcohol similares a lo que a nivel estándar cabría esperar. El grupo de hombres *Light* presenta divergencias únicamente en el viernes. En los grupos *Medium*, las mujeres se sirven y consumen significativamente más cantidad de alcohol real, en comparación a los gramos estándar en el consumo del sábado. Mientras que los hombres lo hacen para los dos días analizados.

Si se analizan las diferencias entre los *clusters* NO CIA en la variable *diferencia de gramos*, el ANOVA advierte que para el viernes las medidas reales exceden a las estándar ( $F_{(3,2982.872)} = 9.553, p < .001$ ). En particular, esto se identifica en los hombres *Medium* con respecto a las mujeres *Light* ( $p = .011$ ) y *Medium* ( $p = .010$ ). En el sábado, este estadístico sugiere divergencias ( $F_{(3,3097.438)} = 4.141, p = .008$ ), sin embargo la prueba *a posteriori* no las refleja.

Tabla 48

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo MLNOCIA

MLNOCIA	Viernes (n = 15) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado (n = 38) $\bar{X}$ (d.f)
Gramos estándar	23.93 (14.70)	31.97 (17.61)
Gramos reales	27.16 (14.43)	33.30 (14.40)
Diferencia de gramos	3.22 (8.28)	1.32 (12.92)
p (estándar – reales)	.155	.171

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

Tabla 49

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo MMNOCIA

MMNOCIA	Viernes (n = 25) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado (n = 36) $\bar{X}$ (d.f)
Gramos estándar	23.93 (14.70)	44.86 (21.46)
Gramos reales	27.16 (14.43)	48.68 (19.55)
Diferencia de gramos	3.22 (8.28)	3.71 (14.47)
p (estándar – reales)	.166	.029*

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\* $p \leq .05$ .

Tabla 50

Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo HLNOCIA

HLNOCIA	Viernes (n = 14) $\bar{X}$ (d.f)	Sábado (n = 34) $\bar{X}$ (d.f)
Gramos estándar	27.85 (18.67)	34.85 (18.19)
Gramos reales	33.05 (17.89)	39.93 (18.13)
Diferencia de gramos	5.19 (8.22)	6.35 (15.02)
p (estándar – reales)	.026*	.071

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\* $p \leq .05$ .

Tabla 51  
Gramos estándar, reales, diferencias entre ambos y significación de los mismos, según los principales días de consumo de la semana, para el grupo HMNOCIA

HMNOCIA	Viernes (n = 15) $\bar{X}$ (d.t)	Sábado (n = 16) $\bar{X}$ (d.t)
Gramos estándar	40.66 (19.44)	52.50 (26.89)
Gramos reales	58.82 (27.80)	69.68 (41.11)
Diferencia de gramos	18.16 (16.63)	17.49 (24.43)
p (estándar – reales)	.001***	.020*

\* $p \leq .05$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

## 2.2 Duración del CIA

Esta variable hace referencia al intervalo temporal en el que se realiza este consumo, por lo que en este apartado se analiza en primer lugar el número exacto de horas que los jóvenes CIA están consumiendo. Es necesario clarificar que la  $n$  para día y grupo varía en función de jóvenes que estén realizando consumo intensivo ese día. Así pues, mientras un joven puede ser considerado CIA en este trabajo porque ha realizado consumo intensivo por ejemplo el sábado, no tiene porqué estar realizándolo en el resto de días de la semana.

Seguidamente se calcula el porcentaje de estudiantes que serían mal clasificados como CIA si no se tuviera en cuenta el tiempo de consumo –*una única ocasión de consumo*–.

Si se analiza en el conjunto de la muestra el número de horas en los que se está realizando el consumo, para los tres días de mayor ingesta de alcohol, se obtiene que para el jueves ( $n = 56$ ) invierten una media de 4.29 horas ( $d.t = 1.64$ ), el viernes ( $n = 103$ ) 4.13 horas ( $d.t = 1.69$ ) y el sábado ( $n = 205$ ) 4.47 horas ( $d.t = 1.85$ ).

El número de horas concretas en función del sexo, se muestran en la Tabla 52.

Tabla 52

Número de horas utilizadas en el consumo intensivo en función del sexo, según los principales días de consumo de la semana

	Mujeres $\bar{X}$ (d.t)	Hombres $\bar{X}$ (d.t)	$p$
<b>Jueves</b>	4.56 (1.96) $n = 23$	4.10 (1.37) $n = 33$	.340
<b>Viernes</b>	4.20 (2.09) $n = 39$	4.09 (1.41) $n = 64$	.780
<b>Sábado</b>	4.41 (1.80) $n = 105$	4.52 (1.90) $n = 100$	.749

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

Tanto en mujeres como en hombres, la media de horas utilizadas para los principales días se encuentra alrededor de 4, no encontrándose diferencias significativas entre ambos sexos.

Si se analiza según el *cluster* CIA al que pertenecen, se obtienen los resultados presentados en la Tabla 53.

Tabla 53

Número de horas utilizadas en el consumo intensivo los principales días de ingesta de la semana, en función del cluster al que pertenecen

	MMCIA $\bar{X}$ (d.t)	MHCIA $\bar{X}$ (d.t)	HLCIA $\bar{X}$ (d.t)	HMCIA $\bar{X}$ (d.t)	HHCIA $\bar{X}$ (d.t)
<b>Jueves</b>	4.32 (2.03) $n = 17$	5.25 (1.72) $n = 6$	3.4 (0.65) $n = 5$	3.68 (1.44) $n = 16$	4.95 (1.11) $n = 12$
<b>Viernes</b>	3.85 (1.85) $n = 24$	4.76 (2.39) $n = 15$	3.64 (1.04) $n = 17$	4.11 (1.61) $n = 31$	4.53 (1.27) $n = 16$
<b>Sábado</b>	4.21 (1.76) $n = 73$	4.89 (1.84) $n = 32$	4.15 (1.39) $n = 32$	4.68 (2.20) $n = 41$	4.72 (1.93) $n = 27$

Para confirmar la existencia de diferencias significativas entre los grupos, se realizan comparaciones de medias mediante el estadístico ANOVA,

con la correspondiente prueba *a posteriori* de Games-Howell, no obteniéndose diferencias en ningún caso (jueves:  $F_{(4,20.676)} = 2.056, p = .100$  / viernes:  $F_{(4,14.453)} = 1.266, p = .289$  / sábado:  $F_{(4,17.235)} = 1.265, p = .285$ ).

Como se ha comentado en la introducción, son muchos los estudios que continúan utilizando la expresión *una ocasión de consumo* para referirse a la duración del CIA. Por este motivo, seguidamente se estima el porcentaje de jóvenes que serían identificados como CIA para cierto día de la semana, debido a que consumen los gramos necesarios, cuando realmente no lo son ya que han estado consumiendo durante un intervalo tan amplio que el nivel de alcohol alcanzado no llega en ninguno de los casos al 0.8g/l necesario (Tabla 54)

Tabla 54  
*Porcentaje de jóvenes mal clasificados como CIA si no se tiene en cuenta el periodo temporal en el que consumen alcohol, para los tres días de mayor ingesta*

	TOTAL % (n)
Jueves	1.1 (3)
Viernes	6.7 (13)
Sábado	9.6 (15)
Total	17.4 (31)

Así pues, si en este trabajo no se hubiera tenido en cuenta las horas concretas de consumo en las que los jóvenes alcanzan 0.8g/l en función del ritmo promedio de metabolización del alcohol, un 17.4% de toda la muestra hubiera estado mal clasificada. Es decir, si se aplicara la expresión *una ocasión de consumo*, sin tener en cuenta el número de horas concreto en las que se alcanza este nivel de alcoholemia, este porcentaje de jóvenes estaría siendo considerado CIA ya que por el consumo que realizan durante todo el día alcanzan el límite establecido por el NIAAA (60 g en el caso de las mujeres y 70 g en el de los hombres). Pero, si se tiene en cuenta el número de horas concreto en los que alcanzan altos niveles de alcoholemia en sangre, este

porcentaje de estudiantes no se podría considerar CIA, ya que los límites de 60 y 70 g no llegarían a acumularse en ningún momento del día. Dicho de otra manera, a estos jóvenes se les estaría definiendo como CIA cuando en realidad no lo son.

### 2.3 Frecuencia del CIA

La última variable hace referencia a la frecuencia con la que se realiza este consumo. Para ello se ha tenido en cuenta, por una parte que se trata de una conducta intermitente, sujeta a variables temporales (ej. obligaciones docentes o fiestas locales) y por otra parte se han considerado las cuestiones de recuerdo óptimo de la conducta realizada tiempo atrás (Courtney y Polich, 2009; Hartley, Elsabagh y File, 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003). Todo ello justifica la adecuación de evaluar esta conducta durante el intervalo de los últimos 6 meses.

Al considerar el conjunto de entrevistados, la media de días que los jóvenes realizan CIA al mes es de 3.3 veces ( $d.t = 2.08$ ). Si se diferencia la muestra en función del sexo y del *cluster* de pertenencia (Tablas 55 y 56), se observa como los hombres CIA realizan este consumo con mayor frecuencia que las mujeres.

Tabla 55  
Número de veces al mes que realizan CIA en función del sexo

CIA Mujer $\bar{X}$ (d.f)	CIA Hombre $\bar{X}$ (d.f)	<i>p</i>
2.84 (1.76) <i>n</i> = 129	3.55 (2.16) <i>n</i> = 137	.004**

\*\* $p \leq .01$ .

Además, se encuentran diferencias significativas entre los *clusters* ( $F_{(4, 225.791)} = 17.503, p < .001$ ). Si bien, al atender a las pruebas *a posteriori* se

concluye que aparecen frecuencias similares entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Medium* ( $p = 1.000$ ) y *Heavy* ( $p = .127$ ), y entre las mujeres *Medium* y los hombres *Light* ( $p = .991$ ).

Tabla 56  
Número de veces al mes que realizan CIA en función del cluster al que pertenecen

MMCIA $\bar{X}$ (d.t)	MHCIA $\bar{X}$ (d.t)	HLCIA $\bar{X}$ (d.t)	HMCIA $\bar{X}$ (d.t)	HHCIA $\bar{X}$ (d.t)
2.47 (1.38) n = 91	3.72 (2.21) n = 38	2.37 (1.26) n = 47	3.63 (1.77) n = 60	5.23 (2.8) n = 30

### 3. MEDICIONES DEL EXPERIMENTO: Ajuste de una posible UBE para jóvenes

Como bien se ha comentado previamente, la mejor herramienta para evaluar el consumo de alcohol en los jóvenes, en cuanto a la cantidad consumida se refiere, es utilizar los gramos de alcohol reales que están ingiriendo, evitando utilizar medidas estándar que se encuentran afianzadas a la población general, pero que no se ajustan cuando se refiere a los jóvenes CIA que tienen muy extendido el autoservicio de sus propias consumiciones.

Para poder calcular los gramos que cada joven se sirve al consumir se ha realizado un experimento en el que se les pedía que se sirvieran 5 bebidas (ver apartado 3.1.3). Seguidamente se presentan los resultados obtenidos. Conviene subrayar que, los datos obtenidos en esta sección se basan exclusivamente en aquellos que dijeron que sí consumían la bebida en concreto.

En la Tabla 57 se muestra la media de gramos servidos por el colectivo general de entrevistados para cada una de las bebidas analizadas.

Tabla 57

Media de gramos servidos por los jóvenes de esta muestra, para cada una de las bebidas analizadas

	Gramos $\bar{X}$ (d.t)	Número de sujetos que responden en cada caso
<b>Cerveza</b>	11.89 (3.57)	$n = 336$
<b>Sangría</b>	28.32 (11.31)	$n = 287$
<b>Mojito</b>	32.67 (12.42)	$n = 253$
<b>Cubata</b>	26.97 (11.01)	$n = 372$
<b>Chupito</b>	18.78 (6.10)	$n = 332$

Al diferenciar la muestra en función del sexo (Tabla 58), se observan diferencias significativas, siendo los varones los que se sirven un mayor número de gramos en todos los casos.

Tabla 58

Media de gramos servidos para cada una de las bebidas analizadas, en función del sexo

	Mujeres $\bar{X}$ (d.t)	Hombres $\bar{X}$ (d.t)	$p$
<b>Cerveza</b>	10.87 (2.75)	12.9 (4.00)	.001***
<b>Sangría</b>	25.9 (9.15)	31.55 (13.02)	.001***
<b>Mojito</b>	29.99 (11.40)	36.28 (12.86)	.001***
<b>Cubata</b>	25.11 (9.98)	29.09 (11.76)	.001***
<b>Chupito</b>	17.3 (5.50)	20.36 (6.37)	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Seguidamente se diferencia a los entrevistados en función de realizar o no CIA y de ser hombre o mujer (Tablas 59).

Tabla 59

Media de gramos servidos para cada una de las bebidas analizadas, en función del sexo y de si son CIA o NO CIA

	Mujer CIA $\bar{X}$ (d.f)	Mujer NO CIA $\bar{X}$ (d.f)	Hombre CIA $\bar{X}$ (d.f)	Hombre NO CIA $\bar{X}$ (d.f)	p
<b>Cerveza</b>	11.06 (2.92)	10.58 (2.44)	13.24 (4.11)	11.92 (3.51)	.001***
<b>Sangría</b>	26.50 (8.46)	24.78 (10.32)	32.74 (13.68)	27.52 (9.62)	.001***
<b>Mojito</b>	30.30 (11.58)	29.49 (11.20)	37.69 (12.88)	31.82 (11.98)	.001***
<b>Cubata</b>	26.94 (10.62)	21.76 (7.7)	29.65 (11.65)	27.22 (12.07)	.001***
<b>Chupito</b>	17.75 (5.55)	16.43 (5.34)	20.57 (6.53)	19.77 (5.95)	.001***

\*\*\*  $p \leq .001$ .

El ANOVA muestra diferencias entre los grupos en el número de gramos de alcohol que se sirven para todas las bebidas analizadas. En concreto para la **cerveza**, la **sangría** y el **mojito** (cerveza:  $F_{(3, 410.996)} = 11.718$ ,  $p < .001$  / sangría:  $F_{(3, 2944.425)} = 8.247$ ,  $p < .001$  / mojito:  $F_{(3, 3147.296)} = 7.307$ ,  $p < .001$ ) la prueba *a posteriori* de Games-Howell permite afirmar que los dos grupos de mujeres (CIA y NO CIA) se sirven menores cantidades que los hombres CIA (HCIA - MCIA:  $p < .001$  / HCIA - MNOCIA:  $p < .001$ ).

En el **cubata** ( $F_{(3, 2865.737)} = 8.336$ ,  $p < .001$ ), la prueba *a posteriori* sugiere que las mujeres CIA, se sirven más cantidad de alcohol que las mujeres NO CIA ( $p < .001$ ). También muestra que los hombres NO CIA, se sirven mayores cantidades que las mujeres NO CIA ( $p < .001$ ). Además, se puede afirmar que en el consumo del cubata, mujeres y hombres CIA llegan a servirse cantidades de alcohol muy similares, ya que los resultados no muestran diferencias significativas entre ellos ( $p = .202$ ).

En el **chupito** ( $F_{(3, 861.144)} = 8.142$ ,  $p < .001$ ), la prueba *a posteriori* muestra un mayor consumo por parte de los hombres CIA, respecto a ambos grupos de mujeres (HCIA - MCIA:  $p = .003$  / HCIA - MNOCIA:  $p < .001$ ). Por

otro lado, los hombres NO CIA, se sirven mayor cantidad de alcohol en el chupito que las mujeres NO CIA (HNOCIA - MNOCIA:  $p = .027$ ).

Si este mismo análisis se realiza únicamente entre los *clusters* del grupo CIA, se obtienen los siguientes resultados (Tabla 60).

Tabla 60

Media de gramos servidos para cada una de las bebidas analizadas, en función del cluster CIA al que pertenecen

	MMCIA $\bar{X}$ (d.t)	MHCIA $\bar{X}$ (d.t)	HLCIA $\bar{X}$ (d.t)	HMCIA $\bar{X}$ (d.t)	HHCIA $\bar{X}$ (d.t)	$p$
<b>Cerveza</b>	10.57 (2.87)	11.71 (3.08)	13.02 (4.00)	13.42(4.50)	12.62 (3.30)	.001***
<b>Sangría</b>	27.14 (8.86)	24.66 (7.28)	28.19 (10.41)	35.44 (16.13)	35.6(12.54)	.001***
<b>Mojito</b>	29.53 (10.98)	30.47 (12.04)	33.12 (10.03)	38.48 (15.06)	42.06 (11.39)	.001***
<b>Cubata</b>	25.72 (8.97)	29.35 (13.26)	28.47 (10.62)	26.05 (9.14)	36.75 (13.95)	.001***
<b>Chupito</b>	18.38 (5.92)	16.58 (4.70)	19.31 (6.37)	20.53 (6.29)	22.51 (7.09)	.002**

\*\* $p \leq .01$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

El ANOVA muestra diferencias entre los grupos para los gramos servidos de todas las bebidas analizadas. En la **cerveza** ( $F_{(4,276.770)} = 5.309$ ,  $p < .001$ ), la prueba *a posteriori* (Games-Howell) señala que las MMCIA se sirven menor cantidad que los tres grupos de hombres (*Light*:  $p = .010$  / *Medium*:  $p = .002$  / *Heavy*:  $p = .047$ ). Por el contrario, las MHCIA no se diferencian de los hombres en el consumo de esta bebida (*Light*:  $p = .480$  / *Medium*:  $p = .229$  / *Heavy*:  $p = .781$ ).

En cuanto a la **sangría** ( $F_{(4, 3209.420)} = 6.516$ ,  $p < .001$ ), la prueba *a posteriori* indica que las mujeres *Heavy* se sirven menos cantidad que los hombres *Medium* y *Heavy* (MHCIA - HMCIA:  $p = .005$  / MHCIA - HHCIA:  $p = .013$ ). Por otro lado, las mujeres *Medium* también se sirven menores cantidades que los hombres *Medium* ( $p = .037$ ).

Por lo que respecta al **mojito** ( $F_{(4, 3435.992)} = 5.987, p < .001$ ), la prueba *a posteriori* indica que los HH CIA se sirven más cantidad de esta bebida que cualquier grupo de mujeres (HH CIA - MM CIA:  $p < .001$  / HH CIA - MH CIA:  $p = .011$ ), mientras que los HM CIA lo hacen más que las MM CIA únicamente ( $p = .037$ ).

En el **cubata** ( $F_{(4, 2984.029)} = 6.624, p < .001$ ), el estadístico indica que mujeres y hombres *Medium* se sirven significativamente menos cantidad de alcohol que los hombres *Heavy* (MM CIA:  $p = .003$  / HM CIA:  $p = .003$ ).

Finalmente, en el caso de servirse un **chupito** ( $F_{(4, 648.391)} = 4.404, p < .001$ ), la prueba *a posteriori* sugiere que las mujeres *Heavy*, se sirven menores cantidades que ambos grupos de hombres (MH CIA - HM CIA:  $p = .012$  / MH CIA - HH CIA:  $p = .007$ ).

Este mismo análisis aplicado sobre los **clusters del grupo NO CIA**, obtiene los resultados presentados en la Tabla 61.

El ANOVA muestra diferencias entre los grupos para los gramos servidos de todas las bebidas analizadas a excepción del **mojito** ( $F_{(3, 492.973)} = 1.371, p = .258$ ) y del **cubata** ( $F_{(3, 845.373)} = 3.027, p = .033$ ). Este último a pesar de que el estadístico muestra divergencias, al llevar a cabo la prueba *a posteriori* no se evidencian, por lo que se puede afirmar que se sirven cantidades de alcohol similares.

Para la **cerveza** ( $F_{(3, 242.345)} = 12.410, p < .001$ ), la prueba de Games-Howell señala que los grupos *Light*, se sirven menos gramos que los grupos *Medium* (MLN CIA - MMN CIA:  $p < .001$  / HLN CIA - HMN CIA:  $p < .001$ ). Además, las mujeres *Light* se sirven significativamente menos cantidad de esta bebida que los hombres *Medium* ( $p = .003$ ).

Tabla 61

Media de gramos servidos para cada una de las bebidas analizadas, en función del cluster NO CIA al que pertenecen

	MLNOCIA $\bar{X}$ (d.f)	MMNOCIA $\bar{X}$ (d.f)	HLNOCIA $\bar{X}$ (d.f)	HMNOCIA $\bar{X}$ (d.f)	<i>p</i>
<b>Cerveza</b>	9.39 (1.84)	11.56 (2.53)	10.61 (2.29)	14.46 (4.05)	.001***
<b>Sangría</b>	21.14 (6.41)	28.05 (12.06)	25.1 (7.17)	33.34 (12.25)	.006**
<b>Mojito</b>	27.04 (12.10)	31.2 (10.38)	33.24 (10.93)	26.92 (9.59)	.258
<b>Cubata</b>	21.18 (5.98)	22.22 (9)	25.25 (11.83)	29.74 (13.41)	.033 <sup>a</sup>
<b>Chupito</b>	15.32 (5.73)	17.14 (5.11)	20.44 (6.06)	18.43 (6.00)	.020*

Nota. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencia significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

En la **sangría** ( $F_{(3, 1256.201)} = 4.496$ ,  $p < .001$ ), la prueba *a posteriori* indica que las MLNOCIA se sirven menos cantidad de esta bebida que las MMNOCIA ( $p = .043$ ).

Por lo que refiere al **chupito** ( $F_{(3,329.570)} = 3.450$ ,  $p = .020$ ), la prueba *a posteriori* sugiere que las mujeres *Light*, se sirven menores cantidades que los hombres del mismo grupo (MLNOCIA - HLNOCIA:  $p = .024$ ).

Los resultados obtenidos hasta el momento en este apartado, evidencian la diferencia existente entre las medidas estándar utilizadas, y el consumo real que están realizando los jóvenes.

Para ilustrar esta diferencia de manera más precisa, se presentan los siguientes gráficos (Figuras 25 a 34). Las medidas estándar están representadas con un círculo azul, mientras que los gramos que se han servido los mismos estudiantes, están identificados en color rojo, en el caso de pertenecer al grupo CIA, y en color verde para el grupo NO CIA.

Figura 25  
Cerveza CIA

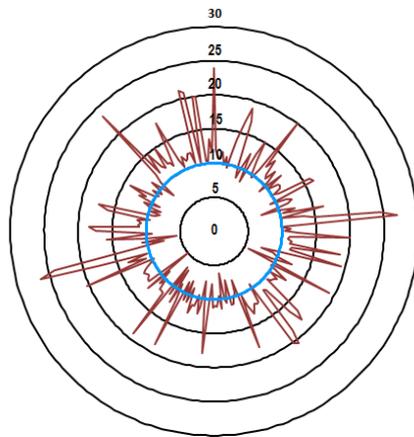


Figura 26  
Cerveza NO CIA

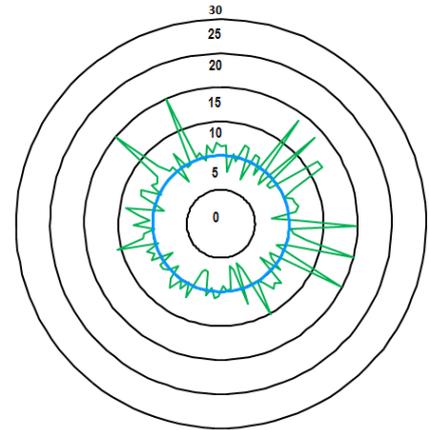


Figura 27  
Sangría CIA

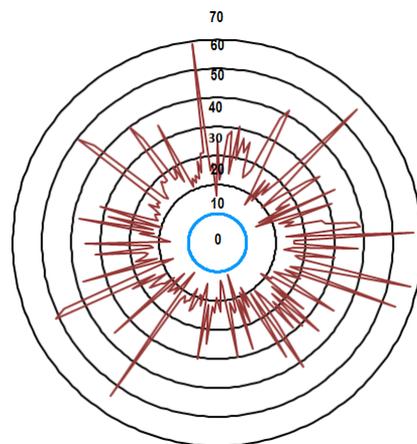


Figura 28  
Sangría NO CIA

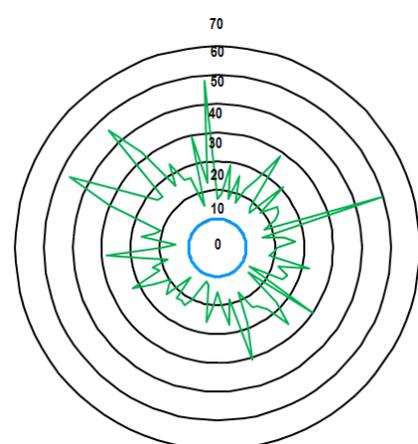


Figura 29  
Mojito CIA

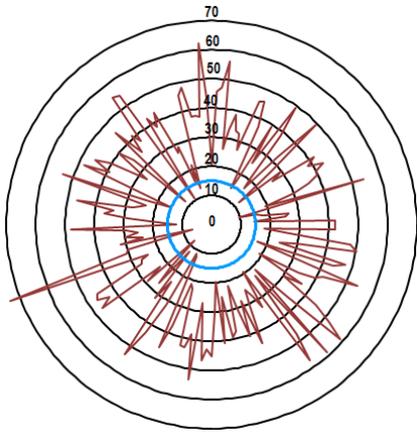


Figura 30  
Mojito NO CIA

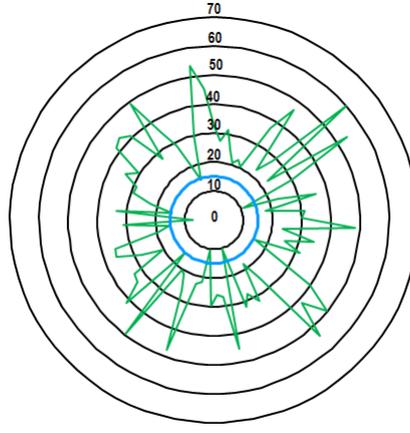


Figura 31  
Cubata CIA

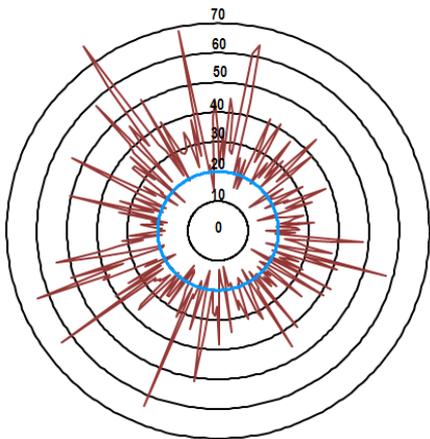


Figura 32  
Cubata NO CIA

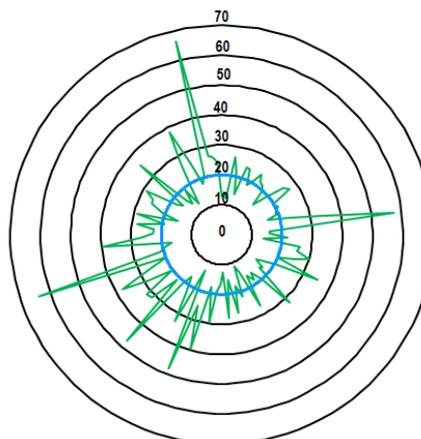


Figura 33  
Chupito CIA

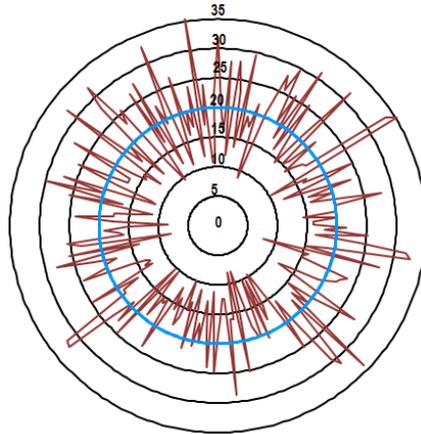
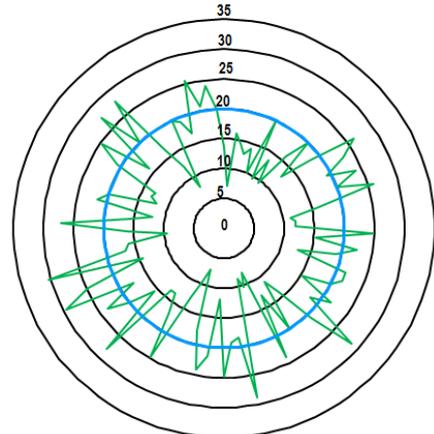


Figura 34  
Chupito NO CIA



En general se encuentra que tanto CIA como NO CIA puntúan por encima de los gramos estándar para todas las bebidas que se sirvieron, a excepción del chupito.

Destacan las figuras de sangría y de mojito de ambos grupos (CIA y NO CIA) respecto a los demás, ya que para la primera bebida ningún estudiante puntúa ni la media estándar (10 g), ni por debajo de esta. Situación similar se presenta en el caso del mojito, ya que solo unos pocos estudiantes han obtenido una puntuación de 15 g o menor.

La única excepción corresponde al chupito, en la que gráficamente, no se observan diferencias entre aquellos estudiantes que puntúan por encima de la media estándar, y los que lo hacen igual o por debajo de esta.

**CAPÍTULO 4.**  
**RESULTADOS:**  
CONSECUENCIAS  
DERIVADAS DEL CONSUMO  
INTENSIVO DE ALCOHOL



## 1. ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS

Este capítulo se centra en el análisis de las consecuencias derivadas del CIA, utilizando para ello diferentes instrumentos de medida. El objetivo final será poder determinar, por un lado las consecuencias más características de esta población, y por otro lado cual es el instrumento que mejor escenifica la evaluación de estas consecuencias. Siguiendo el esquema del capítulo precedente, en esta ocasión también se evaluarán las puntuaciones del IECI, B-YAACQ y RAPI en la muestra general, así como las posibles diferencias entre los grupos para cada uno de los ítems evaluados, en función del sexo y del *cluster* de pertenencia.

### 1.1. IECI

Se estima la fiabilidad de este instrumento a partir del alfa de Cronbach, obteniéndose una puntuación de .87. Teniendo en cuenta que este valor se acerca a 1, se puede concluir que el IECI presenta buena consistencia interna entre sus ítems.

La media general de consecuencias del colectivo CIA es de 16.27 (*d.t.*= 7.51) y la del grupo NO CIA de 9.69 puntos (*d.t.*= 8.09), siendo esta diferencia significativa ( $p < .001$ ), lo que indica mayor experimentación de consecuencias negativas por parte de los CIA.

Teniendo en cuenta el sexo no se encuentran diferencias en la puntuación media total del cuestionario entre mujeres y hombres, ni en el caso de los CIA (mujeres:  $\bar{X} = 15.67$ ; *d.t.*= 7.6 / hombres:  $\bar{X} = 16.46$ ; *d.t.*=7.24 /  $p = .384$ ) ni en el de NO CIA (mujeres:  $\bar{X} = 9.8$ ; *d.t.*= 8.22 / hombres:  $\bar{X} = 9.53$ ; *d.t.*= 7.97 /  $p = .841$ ).

En la Tabla 62, se presenta la puntuación media obtenida por los jóvenes, en cada uno de los ítems incluidos en el IECl. Para examinar el nivel de significación, se utiliza la prueba *t* para muestras independientes. El primer análisis hace referencia a las puntuaciones obtenidas de los CIA y NO CIA, mientras que el segundo diferencia a los CIA en función del sexo.

Tabla 62  
Puntuaciones de IECl por ítems en función del tipo de consumo y del sexo

IECl	CIA $\bar{X}$ (d.f)	NO CIA $\bar{X}$ (d.f)	<i>p</i>	CIA mujer $\bar{X}$ (d.f)	CIA hombre $\bar{X}$ (d.f)	<i>p</i>
FS1	<b>0.85</b> (0.82)	0.54 (0.82)	.001***	<b>0.85</b> (0.83)	<b>0.87</b> (0.82)	.876
FS4	0.25 (0.56)	0.10 (0.32)	.001***	0.18 (0.46)	0.34 (0.64)	.023*
FS5	<b>1.42</b> (0.78)	<b>0.87</b> (0.81)	.001***	<b>1.56</b> (0.81)	<b>1.30</b> (0.75)	.008**
FS6	<b>1.56</b> (0.89)	<b>1.06</b> (0.95)	.001***	<b>1.44</b> (0.84)	<b>1.67</b> (0.92)	.035*
FS9	0.07 (0.26)	0.04 (0.20)	.235	0.08 (0.29)	0.07 (0.25)	.711
FS10	<b>1.06</b> (0.64)	0.67 (0.65)	.001***	<b>1.13</b> (0.64)	<b>1.00</b> (0.64)	.095
FS11	0.25 (0.50)	0.13 (0.43)	.013*	0.24 (0.48)	0.25 (0.52)	.899
FS12	<b>1.22</b> (0.80)	<b>0.76</b> (0.75)	.001***	<b>1.30</b> (0.78)	<b>1.10</b> (0.80)	.036*
DC1	<b>1.49</b> (0.69)	<b>1.01</b> (0.74)	.001***	<b>1.49</b> (0.67)	<b>1.47</b> (0.70)	.769
DC4	<b>0.88</b> (0.82)	0.44 (0.66)	.001***	<b>0.86</b> (0.86)	<b>0.89</b> (0.78)	.773
DC5	0.36 (0.58)	0.27 (0.65)	.194	0.30 (0.55)	0.39 (0.59)	.244
SI3	0.27 (0.52)	0.10 (0.33)	.001***	0.30 (0.53)	0.23 (0.50)	.283
SI5	0.29 (0.56)	0.11 (0.33)	.001***	0.31 (0.63)	0.28 (0.51)	.665
SI6	0.51 (0.70)	0.28 (0.51)	.001***	0.46 (0.68)	0.53 (0.68)	.370
SI7	<b>0.92</b> (0.50)	0.58 (0.63)	.001***	<b>0.91</b> (0.62)	<b>0.90</b> (0.67)	.811
SI8	0.08 (0.32)	0.01 (0.08)	.001***	0.12 (0.41)	0.06 (0.23)	.168
SI9	0.03 (0.16)	0.02 (0.14)	.008**	0.01 (0.08)	0.04 (0.18)	.109
SI10	0.49 (0.59)	0.25 (0.49)	.001***	0.43 (0.57)	0.52 (0.59)	.218
AP2	0.43 (0.69)	0.38 (0.73)	.421	0.41 (0.63)	0.40 (0.68)	.937
AP3	0.61 (0.63)	0.32 (0.51)	.001***	0.57 (0.62)	0.62 (0.62)	.512
AP4	0.42 (0.58)	0.38 (0.56)	.467	0.45 (0.55)	0.38 (0.59)	.324
RS8	0.26 (0.50)	0.09 (0.31)	.001***	0.17 (0.43)	0.34 (0.54)	.007**
RS10	0.13 (0.34)	0.06 (0.24)	.026*	0.09 (0.28)	0.17 (0.39)	.054
PA4	0.27 (0.50)	0.11 (0.31)	.001***	0.29 (0.54)	0.25 (0.47)	.576
PA5	0.22 (0.45)	0.12 (0.38)	.012*	0.16 (0.39)	0.24 (0.44)	.130

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.  
\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

(continúa)

Tabla 62  
Puntuaciones de IECI por ítems en función del tipo de consumo y del sexo

IECI	CIA	NO CIA	p	CIA mujer	CIA hombre	p
	$\bar{X}$ (d.f)	$\bar{X}$ (d.f)		$\bar{X}$ (d.f)	$\bar{X}$ (d.f)	
OT1	0.27 (0.50)	0.22 (0.50)	.301	0.21 (0.46)	0.32 (0.52)	.067
OT3	0.35 (0.67)	0.12 (0.41)	.001***	0.32 (0.66)	0.38 (0.69)	.460
OT5	0.15 (0.43)	0.03 (0.21)	.001***	0.12 (0.38)	0.15 (0.41)	.456
DF3	<b>1.13</b> (1.00)	0.59 (0.86)	.001***	<b>0.91</b> (0.93)	<b>1.28</b> (1.00)	.002**
DF4	0.09 (0.32)	0.05 (0.29)	.154	0.07 (0.31)	0.11 (0.33)	.319

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Como puede observarse CIA y NO CIA puntúan de manera distinta en la mayoría de consecuencias a excepción de *haberse desmayado* (FS9) ( $t = 1.188$ ;  $p = .235$ ), *intentar reducir el consumo* (DC5) ( $t = 1.301$ ;  $p = .194$ ), *sentirse infeliz* (AP2) ( $t = 0.805$ ;  $p = .421$ ), *deprimido o triste* (AP4) ( $t = 0.728$ ;  $p = .467$ ), *dejar de realizar otras actividades lúdicas* (OT1) ( $t = 1.036$ ;  $p = .301$ ) y *sentirse ansioso tras dejar de beber o reducir el consumo* (DF4) ( $t = 1.430$ ;  $p = .154$ ).

Sin embargo, apenas se encuentran diferencias si se compara entre las puntuaciones de mujeres y hombres CIA. En concreto, estas desigualdades se advierten en el *perjuicio de la apariencia física* (FS4) ( $t = -2.280$ ;  $p = .023$ ), *la resaca* (FS5) ( $t = 2.682$ ;  $p = .008$ ), *no poder levantarse a la hora normal* (FS6) ( $t = -2.114$ ;  $p = .035$ ), *olvidarse de cosas que ocurren* (FS12) ( $t = 2.113$ ;  $p = .036$ ), *realizar prácticas sexuales de las que luego se arrepienten* (RS8) ( $t = -2.737$ ;  $p = .007$ ) y *necesidad de consumir más cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos* (DF3) ( $t = -3.159$ ;  $p = .002$ ). En este caso las conductas de deterioro de la apariencia física, no levantarse a la hora normal, prácticas sexuales de riesgo y tolerancia se presentan en mayores porcentajes de experimentación por parte de los hombres. En cambio, la resaca y el olvidar

cosas que han estado pasando durante el consumo, aparecen como predominantes entre las mujeres.

Al considerar las puntuaciones para cada ítem, se observa que las que más pueden caracterizar al grupo de jóvenes CIA (también CIA mujeres y CIA hombres) son algunas de las incluidas entre los **síntomas físicos**: *no levantarse a la hora normal* (FS6) ( $\bar{x} = 1.56$ ), *tener resaca* (FS5) ( $\bar{x} = 1.42$ ), *olvidar cosas que ocurren mientras beben* (FS12) ( $\bar{x} = 1.22$ ), *sentirse mal y/o vomitar* (FS10) ( $\bar{x} = 1.06$ ) y *no comer correctamente* (FS1) ( $\bar{x} = 0.85$ ). Las que más representan al grupo NO CIA son la FS6 ( $\bar{x} = 1.06$ ), la FS5 ( $\bar{x} = 0.87$ ) y la FS12 ( $\bar{x} = 0.76$ ).

El ítem que describe con mayor precisión tanto a CIA como NO CIA, en cuanto a la **determinación del control**, es el que refiere el hecho de *beber más de lo que tenían planeado* (DC1) (CIA:  $\bar{x} = 1.49$  / NO CIA:  $\bar{x} = 1.01$ ). La consecuencia DC4 (*difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber*) solo se identifica en los CIA ( $\bar{x} = 0.88$ ). Entre las **consecuencias socio-interpersonales**, la que más representa a los CIA es el *decir cosas de las que luego se arrepienten* (SI7) ( $\bar{x} = 0.92$ ).

Si se hace referencia a los ítems relacionados con la **autopercepción**, las **conductas de riesgo**, las **consecuencias profesionales** y **otro tipo** de consecuencias, ni los jóvenes CIA ni los NO CIA de esta muestra, manifiestan haber experimentado esas consecuencias derivadas de su consumo de alcohol, obteniendo muy bajas en todas ellas.

Por lo que respecta a los síntomas de **dependencia física**, solo el relacionado con la *necesidad de consumir mayores cantidades de alcohol para conseguir los mismos efectos* (DF3) ( $\bar{x} = 1.13$ ), describe a los CIA. Si bien,

ninguna de las preguntas referidas a este tema llegan a representar a los NO CIA.

En la Tabla 63 se muestra la puntuación total en IECI, en función del *cluster* CIA de pertenencia.

Tabla 63  
Puntuación final media del IECI en función del *cluster* CIA al que pertenecen

MMCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 91)	MHCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 38)	HLCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 47)	HMCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 60)	HHCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 30)
13.87 (6.08)	19.97 (9.09)	15.23 (6.68)	16.85 (7.19)	17.6 (8.10)

El ANOVA presenta diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(4, 1159,829)} = 5.642, p < .001$ ). En concreto, la prueba *a posteriori* las muestra entre los dos grupos de mujeres ( $p = .003$ ), siendo el *Heavy* el que experimenta mayor número de consecuencias negativas. Este análisis no exhibe ninguna diferencia entre los grupos de hombres (HLCIA - HMCIA:  $p = .752$  / HLCIA - HHCIA:  $p = .671$  / HMCIA - HHCIA:  $p = .993$ ) ni entre los grupos de mujeres y hombres (MMCIA - HLCIA:  $p = .768$  / MMCIA - HMCIA:  $p = .069$  / MMCIA - HHCIA:  $p = .161$  / MHCIA - HLCIA:  $p = .068$  / MHCIA - HMCIA:  $p = .387$  / MHCIA - HHCIA:  $p = .787$ ).

La Tabla 64 muestra los mismos análisis en función del *cluster* NO CIA de pertenencia.

Tabla 64  
Puntuación final media del IECI en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen

MLNOCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 43)	MMNOCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 40)	HLNOCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 36)	HMNOCIA $\bar{X}(d.t)$ (n = 16)
7.49 (9.19)	13.10 (6.08)	7.69 (5.89)	12.19 (6.96)

En este caso también aparecen diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(3, 905.448)} = 5.683, p < .001$ ). Concretamente, se muestran entre el grupo *Medium* de mujeres y los grupos *Light* de ambos sexos (MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .008$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p < .001$ ), indicando una experimentación superior de consecuencias negativas por parte del primero. Para el resto de grupos la prueba *a posteriori* no muestra divergencias (MLNOCIA - HLNOCIA:  $p = .999$  / MLNOCIA - HMNOCIA:  $p = .172$  / MMNOCIA - HMNOCIA:  $p = .967$  / HLNOCIA - HMNOCIA:  $p = .138$ ).

Asimismo, se examinan las puntuaciones medias obtenidas para cada una de las consecuencias del cuestionario en los *clusters* CIA (Tabla 65) y NO CIA (Tabla 71).

Tabla 65  
Puntuaciones de IECI por ítems para los clusters CIA

IECI	MMCIA $\bar{X}$ (d.f)	MHCIA $\bar{X}$ (d.f)	HLCIA $\bar{X}$ (d.f)	HMCIA $\bar{X}$ (d.f)	HHCIA $\bar{X}$ (d.f)	p
FS1	<b>0.73</b> (0.76)	<b>1.16</b> (0.94)	0.64 (0.67)	<b>1.05</b> (0.87)	<b>0.87</b> (0.86)	.007**
FS4	0.16 (0.45)	0.21 (0.47)	0.34 (0.76)	0.35 (0.61)	0.30 (0.53)	.243
FS5	<b>1.51</b> (0.87)	<b>1.68</b> (0.66)	<b>1.21</b> (0.69)	<b>1.38</b> (0.76)	<b>1.27</b> (0.82)	.044*
FS6	<b>1.31</b> (0.85)	<b>1.76</b> (0.75)	<b>1.55</b> (0.82)	<b>1.83</b> (0.94)	<b>1.53</b> (1.00)	.004**
FS9	0.08 (0.31)	0.08 (0.27)	0.11 (0.31)	0.07 (0.25)	0.00 (0.00)	.574
FS10	<b>1.07</b> (0.68)	<b>1.29</b> (0.51)	<b>0.98</b> (0.57)	<b>1.02</b> (0.65)	<b>1.00</b> (0.74)	.191
FS11	0.19 (0.44)	0.37 (0.54)	0.21 (0.46)	0.20 (0.44)	0.40 (0.72)	.134
FS12	<b>1.27</b> (0.81)	<b>1.34</b> (0.74)	<b>0.96</b> (0.72)	<b>1.25</b> (0.87)	<b>0.93</b> (0.78)	.048 <sup>a</sup>
DC1	<b>1.43</b> (0.71)	<b>1.61</b> (0.59)	<b>1.36</b> (0.67)	<b>1.55</b> (0.64)	<b>1.47</b> (0.86)	.453
DC4	<b>0.82</b> (0.86)	<b>0.95</b> (0.86)	<b>0.91</b> (0.88)	<b>0.90</b> (0.73)	<b>0.80</b> (0.76)	.903
DC5	0.24 (0.52)	0.42 (0.59)	0.32 (0.59)	0.47 (0.62)	0.30 (0.53)	.162
SI3	0.23 (0.49)	0.47 (0.60)	0.23 (0.59)	0.17 (0.37)	0.37 (0.55)	.041 <sup>a</sup>
SI5	0.20 (0.42)	0.58 (0.91)	0.23 (0.47)	0.23 (0.46)	0.43 (0.62)	.004 <sup>a</sup>
SI6	0.40 (0.64)	0.61 (0.75)	0.45 (0.61)	0.57 (0.72)	0.60 (0.72)	.345

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencia significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ .

(continúa)

Tabla 65  
Puntuaciones de IECI por ítems para los clusters CIA

IECI	MMCIA $\bar{X}$ (d.t)	MHCIA $\bar{X}$ (d.t)	HLCIA $\bar{X}$ (d.t)	HMCIA $\bar{X}$ (d.t)	HHCIA $\bar{X}$ (d.t)	p
SI7	<b>0.86</b> (0.62)	<b>1.05</b> (0.61)	<b>0.89</b> (0.66)	<b>0.95</b> (0.69)	<b>0.70</b> (0.65)	.230
SI8	0.08 (0.30)	0.21 (0.57)	0.06 (0.24)	0.30 (0.18)	0.10 (0.30)	.123
SI9	0.01 (0.10)	0.00 (0.00)	0.09 (0.28)	0.00 (0.00)	0.03 (0.18)	.023 <sup>a</sup>
SI10	0.38 (0.55)	0.53 (0.60)	0.43 (0.54)	0.52 (0.50)	0.67 (0.80)	.174
AP2	0.24 (0.52)	<b>0.74</b> (0.72)	0.40 (0.64)	0.35 (0.70)	0.47 (0.68)	.003**
AP3	0.48 (0.60)	<b>0.76</b> (0.63)	0.66 (0.66)	0.60 (0.55)	0.60 (0.67)	.182
AP4	0.40 (0.53)	0.55 (0.60)	0.45 (0.68)	0.27 (0.48)	0.47 (0.62)	.161
RS8	0.11 (0.31)	0.32 (0.62)	0.30 (0.50)	0.35 (0.60)	0.37 (0.49)	.015*
RS10	0.09 (0.28)	0.08 (0.27)	0.11 (0.31)	0.13 (0.34)	0.33 (0.54)	.012 <sup>a</sup>
PA4	0.24 (0.50)	0.39 (0.63)	0.15 (0.36)	0.28 (0.49)	0.33 (0.54)	.217
PA5	0.11 (0.31)	0.29 (0.51)	0.13 (0.33)	0.15 (0.36)	0.60 (0.56)	.001***
OT1	0.14 (0.38)	0.37 (0.58)	0.34 (0.52)	0.27 (0.51)	0.40 (0.56)	.034 <sup>a</sup>
OT3	0.22 (0.57)	0.55 (0.79)	0.36 (0.71)	0.38 (0.69)	0.40 (0.72)	.133
OT5	0.07 (0.25)	0.24 (0.59)	0.13 (0.33)	0.08 (0.27)	0.33 (0.66)	.009 <sup>a</sup>
DF3	<b>0.76</b> (0.88)	<b>1.26</b> (0.97)	<b>1.19</b> (0.99)	<b>1.28</b> (1.02)	<b>1.43</b> (1.00)	.001***
DF4	0.05 (0.27)	0.11 (0.38)	0.04 (0.20)	0.17 (0.41)	0.10 (0.31)	.236

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencia significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

En este caso se utiliza el estadístico ANOVA para dar cuenta de la significación entre los grupos. Como se muestra en la Tabla 65, un elevado número de ítems no identifica diferencias significativas entre los *clusters*.

De los que han obtenido divergencias destacan el *no comer correctamente* (FS1), *experimentar resaca* (FS5) y *no poder levantarse a la hora normal* (FS6) entre los **síntomas físicos**. En concreto, el primer y segundo síntoma (FS1:  $F_{(4, 9.501)} = 3.597$ ,  $p = .007$  / FS5:  $F_{(4, 6.116)} = 2.481$ ,  $p = .044$ ) presentan esta diferenciación entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Light* (FS1:  $p = .044$  / FS5:  $p = .016$ ), siendo ellas las que obtienen puntuaciones superiores. El tercero (FS6:  $F_{(4, 11.868)} = 3.878$ ,  $p = .004$ ) entre los dos grupos de mujeres (MMCIA - MHCIA:  $p = .028$ ) y entre los grupos *Medium* de ambos sexos

(MMCIA - HMCIA:  $p = .006$ ), mostrando puntuaciones más elevadas en las MHCIA y los HMCIA.

También se presentan diferencias en una de las consecuencias relacionadas con la **autopercepción**: *sentirse infeliz a causa del consumo de alcohol* (AP2:  $F_{(4, 6.853)} = 4.199$ ,  $p = .003$ ). Concretamente se reflejan entre las MMCIA y las MHCIA ( $p = .003$ ), siendo las *Heavy* las que puntúan más alto.

Las **conductas de riesgo** presentan divergencias entre los *clusters* en el ítem relacionado con las *prácticas sexuales* (RS8:  $F_{(4, 3.058)} = 3.140$ ,  $p = .015$ ). En particular, se observan entre los dos grupos de mujeres (MMCIA - MHCIA:  $p = .045$ ), presentando puntuaciones superiores el grupo *Heavy*.

De las **consecuencias profesionales**, se observan diferencias en el ítem que hace referencia a *ir al trabajo o lugar donde estudia bajo los efectos del alcohol* (PA5:  $F_{(4, 6.237)} = 9.974$ ,  $p < .001$ ). Concretamente se reflejan entre los hombres *Heavy* con el resto de hombres (HHCIA - HLCIA:  $p < .001$  / HHCIA - HMCIA:  $p = .002$ ), y con las mujeres *Medium* (HHCIA - MMCIA:  $p < .001$ ), siendo estos (HHCIA) los que presentan puntuaciones más altas.

Entre los **síntomas de dependencia**, el *darse cuenta que ahora necesita mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharse* (DF3) es el que muestra divergencias ( $F_{(4, 17.383)} = 4.670$ ,  $p < .001$ ). En concreto, las obtiene entre las mujeres *Medium* y los dos grupos de hombres que realizan un consumo más intenso (MMCIA - HMCIA:  $p = .013$  / MMCIA - HHCIA:  $p = .016$ ), siendo los hombres *Heavy* los que presentan puntuaciones superiores.

En las siguientes tablas (Tablas 66-70) se identifican las puntuaciones más elevadas en función del *cluster* CIA al que pertenecen:

Tabla 66

*Consecuencias con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster MMCIA*

<b>MMCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.51 (0.87)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.43 (0.71)
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.31 (0.85)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	1.27 (0.81)
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.07 (0.68)
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento.	0.86 (0.62)
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber.	0.82 (0.86)
DF3. Ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	0.76 (0.88)
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente.	0.73 (0.76)

Tabla 67

*Consecuencias con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster MHCIA*

<b>MHCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.76 (0.75)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.68 (0.66)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.61 (0.59)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	1.34 (0.74)
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.29 (0.51)
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.26 (0.97)
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...).	1.16 (0.94)
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento.	1.05 (0.61)
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber.	0.95 (0.86)
AP3. Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol.	0.76 (0.63)
AP2. Consumir alcohol me ha hecho sentirme infeliz.	0.74 (0.72)

Tabla 68  
Consecuencias con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster HLCIA

HLCIA	$\bar{x}$ (d.t)
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.55 (0.82)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.36 (0.67)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.21 (0.69)
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.19 (0.99)
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	0.98 (0.57)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	0.96 (0.72)
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber.	0.91 (0.88)
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento.	0.89 (0.66)

Tabla 69  
Consecuencias con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster HMCIA

HMCIA	$\bar{x}$ (d.t)
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.83 (0.94)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.55 (0.64)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.38 (0.76)
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.28 (1.02)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	1.25 (0.87)
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...).	1.05 (0.87)
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.02 (0.65)
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento.	0.95 (0.69)
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber.	0.90 (0.73)

Tabla 70  
Consecuencias con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster HHCIA

HHCIA	$\bar{x}$ (d.t)
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.53 (1.00)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.47 (0.86)

(continúa)

Tabla 70

Consecuencias con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster HHCIA

HHCIA	$\bar{x}$ (d.t)
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.43 (1.00)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.27 (0.82)
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.00 (0.74)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	0.93 (0.78)
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...).	0.87 (0.86)
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber.	0.80 (0.76)
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento.	0.70 (0.65)

En general, todos los grupos suelen experimentar en mayor medida consecuencias relacionadas con síntomas físicos (FS1: *no comer correctamente*, FS5: *tener resaca*, FS6: *no levantarse a la hora normal*, FS10: *sentirse mal y/o vomitar*, FS12: *olvidar cosas que habían pasado*). También destacan algunas consecuencias vinculadas a la determinación del control (DC1: *beber más de lo planeado*, DC4: *parar una vez se empieza a beber*), las consecuencias socio-interpersonales (SI7: *decir cosas de las que luego se arrepienten*) y la dependencia física (DF3: *necesitar más cantidad de alcohol que hace unos años para conseguir los mismos efectos*).

Las mujeres *Heavy* además presentan puntuaciones superiores en algunas consecuencias relacionadas con la autopercepción (AP2: *consumir alcohol me ha hecho sentirme infeliz* y AP3: *me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol*).

Puntuaciones inferiores y por tanto poca presencia de este tipo de consecuencias tienen síntomas físicos como mostrar una *apariencia física perjudicada* (FS4); *desmayarse a causa del consumo* (FS9) o *despertarse en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegaron* (FS11).

También poseen poca representatividad aspectos relacionados con el control como el *intentar reducir o incluso dejar de consumir alcohol* (DC5) y consecuencias socio-interpersonales como los *conflictos y discusiones con gente cercana* (SI3); *las quejas recibidas por su manera de consumir por parte de la pareja o familia* (SI5); *el decir cosas duras o crueles* (SI6), *el ver a la familia afectada por el consumo* (SI8); *el que las personas cercanas le evitan a causa de su consumo* (SI9) o *el haber avergonzado a alguien como consecuencia de la manera de consumir* (SI10). Otras consecuencias poco experimentadas se incluyen en los apartados relacionados con la dependencia física (DF4: *sentirse ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol*), la autopercepción (a excepción de la AP2 y AP3 en las MHCIA) (AP2: *sentirse infeliz*, AP3: *sentirse culpable y/o avergonzado*, AP4: *sentirse deprimido o triste*), las conductas de riesgo (RS8: *prácticas sexuales de las que luego se arrepienten*, RS10: *perjudicar o lesionar a alguien*), los aspectos profesionales (PA4: *descuidar mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios*, PA5: *ir al trabajo o lugar donde estudio bajo los efectos del alcohol*) y otro tipo de consecuencias (OT1: *dejar de hacer otras actividades lúdicas*, OT3: *tomar otras drogas*, OT5: *tener problemas económicos*).

En la Tabla 71 se presenta este mismo análisis pero en función de los *clusters* NO CIA:

Tabla 71  
Puntuaciones de IECI por ítems para los *clusters* NO CIA

IECI	MLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	MMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	P
FS1	0.49 (0.85)	<b>0.95</b> (0.91)	0.31 (0.66)	0.50 (0.73)	.007**
FS4	0.09 (0.29)	0.10 (0.31)	0.08 (0.28)	0.13 (0.34)	.972

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.  
\*\* $p \leq .01$ .

(continúa)

Tabla 71  
Puntuaciones de IECI por ítems para los clusters NO CIA

IECI	MLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	MMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	p
FS5	<b>0.74</b> (0.95)	<b>1.36</b> (0.74)	0.58 (0.55)	<b>0.88</b> (0.50)	.001***
FS6	<b>0.84</b> (0.97)	<b>1.41</b> (0.96)	<b>0.97</b> (0.87)	<b>1.25</b> (0.77)	.034*
FS9	0.07 (0.25)	0.00 (0.00)	0.03 (0.16)	0.13 (0.34)	.167
FS10	0.53 (0.63)	<b>0.95</b> (0.68)	0.58 (0.60)	0.56 (0.62)	.018*
FS11	0.12 (0.39)	0.13 (0.41)	0.06 (0.23)	0.44 (0.81)	.033 <sup>a</sup>
FS12	<b>0.72</b> (0.82)	<b>1.08</b> (0.79)	0.51 (0.56)	<b>0.87</b> (0.64)	.013*
DC1	<b>0.81</b> (0.76)	<b>1.23</b> (0.62)	<b>0.86</b> (0.68)	<b>1.38</b> (0.88)	.008**
DC4	0.33 (0.74)	0.59 (0.67)	0.25 (0.50)	<b>0.75</b> (0.57)	.020*
DC5	0.30 (0.80)	0.38 (0.71)	0.22 (0.54)	0.13 (0.34)	.549
SI3	0.09 (0.29)	0.15 (0.36)	0.00 (0.00)	0.13 (0.34)	.125
SI5	0.05 (0.21)	0.08 (0.27)	0.17 (0.37)	0.31 (0.60)	.043 <sup>a</sup>
SI6	0.12 (0.39)	0.36 (0.48)	0.33 (0.53)	0.38 (0.61)	.082
SI7	0.33 (0.52)	<b>0.82</b> (0.64)	0.56 (0.69)	0.69 (0.47)	.003**
SI8	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	. <sup>b</sup>
SI9	0.02 (0.15)	0.00 (0.00)	0.03 (0.16)	0.00 (0.00)	.703
SI10	0.14 (0.41)	0.31 (0.52)	0.25 (0.43)	0.31 (0.47)	.353
AP2	0.42 (0.62)	0.44 (0.55)	0.33 (0.53)	0.31 (0.47)	.588
AP3	0.19 (0.39)	0.49 (0.50)	0.33 (0.65)	0.25 (0.44)	.060 <sup>c</sup>
AP4	0.33 (0.61)	0.46 (0.88)	0.28 (0.56)	0.50 (0.81)	.794
RS8	0.05 (0.21)	0.08 (0.27)	0.00 (0.00)	0.38 (0.61)	.001 <sup>a</sup>
RS10	0.05 (0.21)	0.05 (0.22)	0.00 (0.00)	0.19 (0.40)	.047 <sup>a</sup>
PA4	0.07 (0.25)	0.13 (0.33)	0.06 (0.23)	0.25 (0.44)	.151
PA5	0.05 (0.21)	0.21 (0.41)	0.06 (0.23)	0.13 (0.34)	.080
OT1	0.14 (0.56)	0.26 (0.49)	0.17 (0.37)	0.38 (0.50)	.349
OT3	0.07 (0.33)	0.10 (0.30)	0.06 (0.23)	0.19 (0.40)	.527
OT5	0.05 (0.31)	0.03 (0.16)	0.00 (0.00)	0.06 (0.25)	.711
DF3	0.26 (0.58)	<b>0.95</b> (0.99)	0.58 (0.87)	<b>0.81</b> (0.91)	.003**
DF4	0.05 (0.21)	0.08 (0.48)	0.06 (0.23)	0.00 (0.00)	.869

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencia significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

<sup>b</sup>Análisis de significación no disponible debido a que todos sus valores son iguales a 0.

<sup>c</sup>El ANOVA no sugiere diferencias significativas pero la prueba *a posteriori* sí las identifica.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Entre los **síntomas físicos**, el *no comer correctamente* (FS1), *experimentar resaca* (FS5), *no poder levantarse a la hora normal* (FS6),

*sentirse mal e incluso vomitar después de beber* (FS10) y *olvidar cosas que han ocurrido mientras han estado bebiendo* (FS12) son los que muestran divergencias. En concreto, el primero, tercero y cuarto síntoma (FS1:  $F_{(3,8.473)} = 4.256, p = .007$  / FS6:  $F_{(3,7.657)} = 2.982, p = .034$  / FS10:  $F_{(3,4.270)} = 3.472, p = .018$ ) se manifiestan entre las mujeres *Medium* y las mujeres *Light* (FS1:  $p = .005$  / FS6:  $p = .044$  / FS10:  $p = .029$ ), siendo las *Medium* las que obtienen puntuaciones superiores en todos los casos. El segundo (FS5:  $F_{(3,12.877)} = 7.575, p < .001$ ) entre las mujeres *Medium* con respecto al resto de grupos (MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .008$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p < .001$  / MMNOCIA - HMNOCIA:  $p = .037$ ), mostrando puntuaciones más elevadas en las MMNOCIA. El quinto (FS12:  $F_{(3,6.085)} = 3.765, p = .013$ ) entre las mujeres *Medium* y los hombres *Light* ( $p = .004$ ) siendo las *Medium* las que obtienen puntuaciones más altas.

En las consecuencias relacionadas con la **determinación del control** se observan diferencias significativas entre los *clusters* para los ítems *beber más de lo que había planeado antes de empezar* (DC1:  $F_{(3,6.4801)} = 4.161, p = .008$ ) y *me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber* (DC4:  $F_{(3,4.268)} = 3.385, p = .020$ ). En el DC1, estas divergencias se advierten principalmente entre las mujeres *Medium* y *Light* (MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .040$ ), siendo las primeras las que presentan puntuaciones superiores. En el DC4, estas divergencias se advierten principalmente entre los dos grupos de hombres (HLNOCIA - HMNOCIA:  $p = .029$ ), siendo los *Medium* los que obtienen mayores puntuaciones.

El ANOVA sugiere diferencias en una de las **consecuencias socio-interpersonales**: *cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento* (SI7:  $F_{(3, 5.242)} = 4.781, p = .003$ ). En este caso, se identifica divergencia entre los dos

grupos de mujeres (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p = .002$ ), siendo las *Medium* las que presentan puntuaciones más elevadas.

De los ítems relacionados con la **autopercepción**, el ANOVA no refleja ninguna diferencia para la consecuencia *sentirse culpable o avergonzado* (AP3:  $F_{(3, 1.946)} = 2.536$ ,  $p = .060$ ). No obstante, la prueba *a posteriori* de Games-Howell sugiere que este ítem presenta divergencias entre ambos grupos de mujeres (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p = .020$ ), siendo las *Medium* las que puntúan más alto.

Entre los **síntomas de dependencia**, el *darse cuenta que ahora necesita mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharse* (DF3) es el que muestra divergencias ( $F_{(3, 10.550)} = 5.009$ ,  $p = .003$ ). En concreto, las obtiene entre las mujeres de ambos grupos (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p = .002$ ), siendo las *Medium* las que presentan puntuaciones superiores.

En las siguientes tablas (Tablas 72-75) se identifican las puntuaciones más elevadas en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen:

Tabla 72  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster MLNOCIA

MLNOCIA	$\bar{x}$ (d.t)
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	0.84 (0.97)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	0.81 (0.76)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	0.74 (0.95)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	0.72 (0.82)

Tabla 73  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster MMNOCIA

<b>MMNOCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.41 (0.96)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.36 (0.74)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.26 (0.60)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	1.08 (0.79)
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme	0.95 (0.99)
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente	0.95 (0.91)
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	0.95 (0.68)
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento.	0.82 (0.64)

Tabla 74  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster HLNOCIA

<b>HLNOCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	0.97 (0.87)
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	0.86 (0.68)

Tabla 75  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el IECI para el cluster HMNOCIA

<b>HMNOCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.38 (0.88)
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol.	1.25 (0.77)
FS5. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	0.88 (0.50)
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo.	0.87 (0.64)
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme	0.81 (0.91)
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber	0.75 (0.57)

Todos los grupos obtienen puntuaciones elevadas en el síntoma físico *no levantarse a la hora normal* (FS6) y en el ítem relacionado con la determinación del control *beber más de lo planeado* (DC1). Las consecuencias

*experimentar resaca (FS5) y olvidar cosas que han ocurrido mientras han estado bebiendo (FS12) también predominan en la mayoría de los clusters (a excepción del HLNOCIA). Además de estos, en los grupos Medium prevalece el síntoma de dependencia física DF3 (necesitar más cantidad de alcohol que hace unos años para conseguir los mismos efectos) y otros ítems particulares de cada grupo. En el caso de las MMNOCIA se presentan con puntuaciones elevadas no comer correctamente (FS1), sentirse mal y/o vomitar (FS10) y cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento (SI7). En el de los HMNOCIA el síntoma de determinación del control DC4 (una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber).*

Puntuaciones inferiores se encuentran en algunos ítems relacionados con los síntomas físicos (FS4: *aparición física perjudicada*, FS9: *desmayarse a causa del consumo*, FS11: *despertarse en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegaron*), la determinación del control (DC5: *intentar reducir o incluso dejar de consumir alcohol*), la dependencia física (DF4: *sentirse ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol*), las consecuencias socio-interpersonales (SI3: *conflictos y discusiones con gente cercana*, SI5: *pareja o familia se queja de la manera de consumir alcohol*, SI6: *decir cosas duras o crueles*, SI8: *familia afectada por el consumo*, SI9: *personas cercanas me evitan a cause de mi consumo*, SI10: *manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza a alguien*) y en todos los ítems de la autopercepción (AP2: *sentirse infeliz*, AP3: *sentirse culpable y/o avergonzado*, AP4: *sentirse deprimido o triste*), las conductas de riesgo (RS8: *prácticas sexuales de las que luego se arrepienten*, RS10: *perjudicar o lesionar a alguien*), las consecuencias profesionales (PA4: *descuidar mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios*, PA5: *ir al trabajo o lugar donde estudio bajo los efectos del alcohol*) y otro tipo de consecuencias

(OT1: *dejar de hacer otras actividades lúdicas*, OT3: *tomar otras drogas*, OT5: *tener problemas económicos*).

## 1.2. B-YAACQ

La fiabilidad de este cuestionario, calculada a partir del alfa de Cronbach, es de .84, lo que indica un elevado grado de correlación entre sus ítems.

La puntuación media obtenida por el grupo CIA es de 13.62 (*d.t.*= 5.89), mientras que en el grupo NO CIA se sitúa en 8.22 puntos (*d.t.*= 6.68). Las diferencias encontradas entre ambos grupos son significativas ( $p < .001$ ), lo que indica mayor experimentación de consecuencias negativas por parte de los CIA.

Diferenciando por sexos, no se muestra divergencia entre mujeres y hombres para los CIA (mujeres:  $\bar{X} = 12.9$ ; *d.t.* = 5.84 / hombres:  $\bar{X} = 14.02$ ; *d.t.*=5.69 /  $p = .114$ ) ni tampoco para los NO CIA (mujeres:  $\bar{X} = 8.11$ ; *d.t.*= 6.60 / hombres:  $\bar{X} = 8.39$ ; *d.t.*= 6.86 /  $p = .813$ ), en la puntuación media total.

En la Tabla 76, se presenta la puntuación media obtenida por los jóvenes, en cada uno de los ítems. Para examinar el nivel de significación se utiliza la prueba *t* para muestras independientes. La primera parte de la tabla muestra las puntuaciones obtenidas por parte del colectivo CIA y NO CIA, la segunda parte diferencia entre CIAs varones y mujeres. Las siglas AP y DF corresponden a Autopercepción y Dependencia Física respectivamente.

Tabla 76  
Puntuaciones del B-YAACQ por ítems

B-YAACQ	CIA $\bar{x}$ (d.t)	NO CIA $\bar{x}$ (d.t)	p	CIA mujer $\bar{x}$ (d.t)	CIA hombre $\bar{x}$ (d.t)	p	
Socio- interpers	K9	<b>0.70</b> (0.62)	0.45 (0.63)	.001***	0.63 (0.61)	<b>0.74</b> (0.64)	.135
	K17	0.27 (0.52)	0.10 (0.33)	.001***	0.30 (0.53)	0.23 (0.50)	.283
	K23	0.21 (0.44)	0.17 (0.47)	.405	0.19 (0.43)	0.21 (0.46)	.745
Deterior control	K7	<b>1.19</b> (0.71)	<b>0.91</b> (0.70)	.001***	<b>1.12</b> (0.72)	<b>1.23</b> (0.70)	.243
	K15	0.43 (0.63)	0.22 (0.47)	.001***	0.40 (0.59)	0.43 (0.62)	.679
	K21	<b>1.49</b> (0.69)	<b>1.01</b> (0.74)	.001***	<b>1.49</b> (0.67)	<b>1.47</b> (0.70)	.769
AP	K16	0.61 (0.63)	0.32 (0.51)	.001***	0.57 (0.62)	0.62 (0.62)	.512
Auto- cuidado	K5	<b>1.13</b> (0.80)	<b>0.87</b> (0.87)	.003**	<b>1.19</b> (0.78)	<b>1.08</b> (0.83)	.293
	K8	0.25 (0.56)	0.10 (0.32)	.001***	0.18 (0.46)	0.34 (0.64)	.023*
	K13	0.05 (0.26)	0.06 (0.23)	.847	0.02 (0.15)	0.07 (0.30)	.145
Conductas de Riesgo	K2	<b>0.81</b> (0.72)	0.44 (0.65)	.001***	0.59 (0.66)	<b>1.01</b> (0.70)	.001***
	K6	0.26 (0.50)	0.09 (0.31)	.001***	0.17 (0.43)	0.34 (0.54)	.007**
	K12	<b>0.75</b> (0.63)	0.48 (0.62)	.001***	0.68 (0.58)	<b>0.79</b> (0.65)	.167
	K19	0.37 (0.62)	0.12 (0.38)	.001***	0.22 (0.48)	0.51 (0.71)	.001***
Académ/ Profesio	K4	0.17 (0.42)	0.06 (0.27)	.002**	0.16 (0.42)	0.16 (0.40)	.997
	K11	0.25 (0.46)	0.10 (0.29)	.001***	0.24 (0.44)	0.23 (0.45)	.904
	K20	0.14 (0.38)	0.05 (0.21)	.001***	0.12 (0.35)	0.15 (0.40)	.529
DF	K18	0.11 (0.44)	0.09 (0.44)	.627	0.12 (0.46)	0.10 (0.42)	.701
	K24	<b>1.13</b> (1.00)	0.59 (0.86)	.001***	<b>0.91</b> (0.93)	<b>1.28</b> (1.00)	.002**
Pérdida de conciencia	K1	<b>1.42</b> (0.78)	<b>0.87</b> (0.81)	.001***	<b>1.56</b> (0.81)	<b>1.30</b> (0.75)	.008**
	K3	0.54 (0.66)	0.28 (0.59)	.001***	0.60 (0.70)	0.45 (0.59)	.063
	K10	<b>1.06</b> (0.64)	0.67 (0.65)	.001***	<b>1.13</b> (0.64)	<b>1.00</b> (0.64)	.095
	K14	0.25 (0.50)	0.13 (0.43)	.013*	0.24 (0.48)	0.25 (0.52)	.899
	K22	0.07 (0.26)	0.04 (0.20)	.235	0.08 (0.29)	0.07 (0.25)	.711

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.  
\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Se aprecian diferencias entre CIA y NO CIA en casi la totalidad de ítems evaluados, a excepción de *tener sobrepeso* (K13) ( $t = -0.193$ ;  $p = .847$ ), *necesidad de beber después de levantarse* (K18) ( $t = 0.486$ ;  $p = .627$ ), *haberse desmayado* (K22) ( $t = 1.188$ ;  $p = .235$ ) y *volverse grosero, desagradable u ofensivo después de beber* (K23) ( $t = 0.834$ ;  $p = .405$ ).

Sin embargo, apenas se encuentran diferencias si se compara entre las puntuaciones de mujeres y hombres CIA, ya que únicamente se identifican para *perjuicio de la apariencia física* (K8) ( $t = - 2.280$ ;  $p = .023$ ), *asumir riesgos tontos* (K2) ( $t = - 4.892$ ;  $p < .001$ ), *realizar prácticas sexuales de las que luego se arrepienten* (K6) ( $t = - 2.737$ ;  $p = .007$ ), *conducir vehículos* (K19) ( $t = - 3.818$ ;  $p < .001$ ), *necesidad de consumir más cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos* (K24) ( $t = - 3.159$ ;  $p = .002$ ) y *experimentar resaca* (K1) ( $t = 2.682$ ;  $p = .008$ ). Todas ellas presentan mayores porcentajes de experimentación por parte de los hombres, excepto la resaca que aparece como predominante entre las mujeres.

Teniendo en cuenta las puntuaciones para cada ítem, se observa que las consecuencias que más caracterizan al grupo de jóvenes CIA (también a la mayoría de CIA mujeres y CIA hombres) se relacionan con el **deterioro del control** (*beber más de lo que tenían planeado* (K21) ( $\bar{x} = 1.49$ ) y *beber en noches en las que no estaba planeado* (K7) ( $\bar{x} = 1.19$ ), **el autocuidado** (*sentirse con menos energía* (K5) ( $\bar{x} = 1.13$ ), el síntoma de tolerancia incluido en la **dependencia física** (*necesidad de consumir mayores cantidades de alcohol para conseguir los mismos efectos* (K24) ( $\bar{x} = 1.13$ ), la **pérdida de conciencia** (*tener resaca* (K1) ( $\bar{x} = 1.42$ ) y *sentirse mal y/o vomitar* (K10) ( $\bar{x} = 1.06$ ), las **conductas de riesgo** (*asumir riesgos tontos* (K2) ( $\bar{x} = 0.81$ ) y *hacer cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido* (K12) ( $\bar{x} = 0.75$ ) y las **consecuencias socio-interpersonales** (*cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas* (K9) ( $\bar{x} = 0.70$ ).

Por otro lado, los síntomas que mejor representan a los jóvenes NO CIA son los relacionados con el **deterioro del control**, en concreto los ítems *beber más de lo que tenían planeado* (K21) ( $\bar{x} = 1.01$ ) y *beber en noches en las que*

no estaba planeado (K7) ( $\bar{x} = 0.91$ ), el **autocuidado** (*sentirse con menos energía* (K5) ( $\bar{x} = 0.87$ ) y la **pérdida de conciencia** (*tener resaca* (K1) ( $\bar{x} = 0.87$ ).

La Tabla 77 muestra la puntuación total en B-YAACQ, en función del *cluster* CIA de pertenencia.

Tabla 77  
Puntuación final media del B-YAACQ en función del *cluster* CIA al que pertenecen

MMCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 91)	MHCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 38)	HLCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 47)	HMCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 60)	HHCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 30)
11.58 (5.42)	16.05 (5.69)	13.15 (5.00)	14.48 (5.56)	14.47 (6.87)

El ANOVA muestra diferencias entre los grupos ( $F_{(4, 673.931)} = 5.365, p < .001$ ). En concreto, la prueba *a posteriori* las identifica entre los dos grupos de mujeres (*Medium* y *Heavy*) ( $p < .001$ ), y entre las mujeres *Medium* y los hombres del mismo nivel ( $p = .016$ ).

La Tabla 78 muestra los mismos análisis, en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen.

Tabla 78  
Puntuación final media del B-YAACQ en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen

MLNOCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 43)	MMNOCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 40)	HLNOCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 36)	HMNOCIA $\bar{x}(d.t)$ (n = 16)
5.74 (6.41)	11.28 (5.75)	6.89 (5.86)	10.94 (7.16)

En este caso también aparecen diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(3, 810.647)} = 7.084, p < .001$ ). En particular, se muestran entre el grupo *Medium* de mujeres y los grupos *Light* de ambos sexos (MMNOCIA - MLNOCIA:  $p < .001$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .009$ ), indicando una experimentación superior de consecuencias negativas por parte del primero.

Asimismo, se examinan las puntuaciones medias obtenidas para cada una de las consecuencias del cuestionario en los *clusters* CIA (Tabla 79) y NO CIA (Tabla 85).

Tabla 79  
Puntuaciones del B-YAACQ por ítems para los clusters CIA

B-YAACQ	MMCIA $\bar{x}$ (d.t)	MHCIA $\bar{x}$ (d.t)	HLCIA $\bar{x}$ (d.t)	HMCIA $\bar{x}$ (d.t)	HHCIA $\bar{x}$ (d.t)	p	
Socio- interpers	K9	0.57 (0.58)	<b>0.76</b> (0.63)	<b>0.85</b> (0.65)	<b>0.70</b> (0.59)	0.63 (0.71)	.127
	K17	0.23 (0.49)	0.47 (0.60)	0.23 (0.59)	0.17 (0.37)	0.37 (0.55)	.041 <sup>a</sup>
	K23	0.16 (0.37)	0.26 (0.55)	0.19 (0.44)	0.25 (0.47)	0.17 (0.46)	.695
Deterioro control	K7	<b>1.01</b> (0.73)	<b>1.37</b> (0.63)	<b>1.09</b> (0.71)	<b>1.15</b> (0.68)	<b>1.57</b> (0.67)	.002**
	K15	0.32 (0.57)	0.58 (0.59)	0.32 (0.59)	0.47 (0.62)	0.50 (0.68)	.125
	K21	<b>1.43</b> (0.71)	<b>1.61</b> (0.59)	<b>1.36</b> (0.67)	<b>1.55</b> (0.64)	<b>1.47</b> (0.86)	.453
AP	K16	0.48 (0.60)	<b>0.76</b> (0.63)	0.66 (0.66)	0.60 (0.55)	0.60 (0.67)	.182
Auto- cuidado	K5	<b>1.19</b> (0.82)	<b>1.18</b> (0.69)	<b>1.13</b> (0.76)	<b>1.10</b> (0.87)	<b>0.93</b> (0.86)	.658
	K8	0.16 (0.45)	0.21 (0.47)	0.34 (0.76)	0.35 (0.61)	0.30 (0.53)	.243
	K13	0.02 (0.14)	0.03 (0.16)	0.04 (0.29)	0.08 (0.33)	0.07 (0.25)	.593
Conductas de Riesgo	K2	0.48 (0.62)	<b>0.84</b> (0.71)	<b>0.98</b> (0.67)	<b>1.08</b> (0.72)	<b>0.87</b> (0.73)	.001***
	K6	0.11 (0.31)	0.32 (0.62)	0.30 (0.50)	0.35 (0.60)	0.37 (0.49)	.015*
	K12	0.58 (0.57)	<b>0.92</b> (0.53)	<b>0.74</b> (0.60)	<b>0.90</b> (0.63)	0.63 (0.76)	.007**
	K19	0.14 (0.38)	0.42 (0.64)	0.53 (0.71)	0.48 (0.65)	0.53 (0.86)	.001***
Académ/ Profesio	K4	0.14 (0.41)	0.21 (0.47)	0.11 (0.31)	0.20 (0.48)	0.17 (0.37)	.730
	K11	0.19 (0.39)	0.37 (0.54)	0.06 (0.24)	0.30 (0.49)	0.37 (0.55)	.004**
	K20	0.10 (0.30)	0.18 (0.45)	0.11 (0.31)	0.15 (0.40)	0.23 (0.50)	.431
DF	K18	0.11 (0.45)	0.16 (0.49)	0.09 (0.35)	0.12 (0.49)	0.10 (0.40)	.963
	K24	<b>0.76</b> (0.88)	<b>1.26</b> (0.97)	<b>1.19</b> (0.99)	<b>1.28</b> (1.02)	<b>1.43</b> (1.00)	.001***
Pérdida de conciencia	K1	<b>1.51</b> (0.87)	<b>1.68</b> (0.66)	<b>1.21</b> (0.69)	<b>1.38</b> (0.76)	<b>1.27</b> (0.82)	.044*
	K3	0.55 (0.67)	<b>0.71</b> (0.76)	0.32 (0.51)	0.53 (0.62)	0.50 (0.63)	.092
	K10	<b>1.07</b> (0.68)	<b>1.29</b> (0.51)	<b>0.98</b> (0.57)	<b>1.02</b> (0.65)	<b>1.00</b> (0.74)	.191
	K14	0.19 (0.44)	0.37 (0.54)	0.21 (0.46)	0.20 (0.44)	0.40 (0.72)	.134
	K22	0.08 (0.31)	0.08 (0.27)	0.11 (0.31)	0.07 (0.25)	0.00 (0.00)	.574

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencias significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Se utiliza el estadístico ANOVA para dar cuenta de la significación entre los grupos. Como se muestra en la Tabla 95, la mayoría de ítems no identifican diferencias entre los *clusters*.

De las consecuencias que han obtenido divergencias destaca el *beber en noches en las que no estaba planificado* (K7) ( $F_{(4, 8.880)} = 4.509, p = .002$ ) de las relacionadas con el **deterioro del control**. Específicamente entre los hombres de consumo más intenso con los grupos de ambos sexos que realizan menor consumo (HHCIA - MMCIA:  $p = .003$  / HHCIA - HLCIA:  $p = .033$ ), siendo los HHCIA los que obtienen puntuaciones superiores.

Todas las **conductas de riesgo** presentan divergencias entre los *cluster*: El *asumir riesgos tontos* (K2) ( $F_{(4, 15.6333)} = 8.444, p < .001$ ), las identifica particularmente entre el grupo de mujeres *Medium* y los hombres *Light* (MMCIA - HLCIA:  $p < .001$ ), y entre estas y los hombres *Medium* (MMCIA - HMCIA:  $p < .001$ ), siendo los dos *clusters* de hombres (HLCIA - HMCIA) los que muestran puntuaciones más altas. En el ítem: *realizar prácticas sexuales de las que luego me arrepiento* (K6) ( $F_{(4, 3.058)} = 3.140, p = .015$ ), se reflejan diferencias entre los grupos *Medium* de ambos sexos (MMCIA - HMCIA:  $p = .045$ ), obteniendo puntuaciones más elevadas en el grupo de hombres. La consecuencia *hacer cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido* (K12) ( $F_{(4, 5.381)} = 3.576, p = .007$ ) las presenta específicamente entre los dos grupos de mujeres (MMCIA - MHCIA:  $p = .018$ ), y entre los *Medium* de ambos sexos (MMCIA - HMCIA:  $p = .018$ ), siendo las mujeres *Heavy* y los hombres *Medium* los que muestran puntuaciones superiores. El *conducir un coche habiendo bebido* (K19) ( $F_{(4, 7.596)} = 5.029, p < .001$ ), las refleja particularmente entre el grupo de mujeres *Medium* y los hombres *Light* (MMCIA - HLCIA:  $p = .008$ ), y entre estas y los hombres *Medium* (MMCIA - HMCIA:  $p = .004$ ),

siendo los dos *clusters* de hombres (HLCIA - HMCIA) los que muestran puntuaciones más altas.

De las **consecuencias profesionales**, presenta diferencias la que refiere *no ir a trabajar o a clase porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber* (K11) ( $F_{(4, 3.037)} = 3.883, p = .004$ ). Concretamente se reflejan entre los hombres *Light* con las mujeres *Heavy* (HLCIA - MHCIA:  $p = .019$ ) y con los hombres *Medium* (HLCIA - HMCIA:  $p = .016$ ), siendo las MHCIA y los HMCIA los que presentan puntuaciones más elevadas.

Entre los **síntomas de dependencia**, el *darse cuenta que ahora necesita mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharse* (K24) es el que muestra divergencias ( $F_{(4, 17.383)} = 4.670, p < .001$ ). En concreto, las obtiene entre las mujeres *Medium* y los dos grupos de hombres que realizan un consumo más intenso (MMCIA - HMCIA:  $p = .013$  / MMCIA - HHCIA:  $p = .016$ ), siendo los hombres *Medium* y *Heavy* los que presentan puntuaciones superiores.

En los **síntomas de pérdida de conciencia**, presenta diferencias el que hace referencia a *experimentar resaca* (K1) ( $F_{(4, 6.116)} = 2.481, p = .044$ ). Concretamente se reflejan entre los hombres *Light* con las mujeres *Heavy* (HLCIA - MHCIA:  $p = .016$ ), siendo ellas las que presentan puntuaciones superiores.

De las Tablas 80 a 84 se identifican las puntuaciones más elevadas en función del *cluster* CIA al que pertenecen.

Tabla 80

Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster MMCIA

<b>MMCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.51 (0.87)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.43 (0.71)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	1.19 (0.82)
K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.07 (0.68)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.01 (0.73)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	0.76 (0.88)

Tabla 81

Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster MHCIA

<b>MHCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.68 (0.66)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.61 (0.59)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.37 (0.63)
K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.29 (0.51)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.26 (0.97)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	1.18 (0.69)
K12. Mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde.	0.92 (0.53)
K2. He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo.	0.84 (0.71)
K9. Cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas.	0.76 (0.63)
K16. Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol.	0.76 (0.63)
K3. Cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo.	0.71 (0.76)

Tabla 82

Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster HLCIA

<b>HLCIA</b>	<b><math>\bar{x}</math> (d.t)</b>
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.36 (0.67)
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.21 (0.69)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.19 (0.99)

(continúa)

Tabla 82  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster HLCIA

HLCIA	$\bar{x}$ (d.f)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	1.13 (0.76)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.09 (0.71)
K2. He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo.	0.98 (0.67)
K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	0.98 (0.57)
K9. Cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas.	0.85 (0.65)
K12. Mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde.	0.74 (0.60)

Tabla 83  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster HMCIA

HMCIA	$\bar{x}$ (d.f)
K2. He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo.	1.68 (0.72)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.55 (0.64)
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.38 (0.76)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.28 (1.02)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.15 (0.68)
K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.02 (0.65)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	1.10 (0.87)
K12. Mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde.	0.90 (0.63)
K9. Cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas.	0.70 (0.59)

Tabla 84  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster HHCIA

HHCIA	$\bar{x}$ (d.f)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.57 (0.67)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.47 (0.86)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme.	1.43 (1.00)
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.27 (0.82)
K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	1.00 (0.74)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	0.93 (0.86)
K2. He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo.	0.87 (0.73)

En general, todos los grupos obtienen puntuaciones elevadas en algunos ítems relacionados con el deterioro del control (K7: *a menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber* y K21: *he bebido más de lo que había planeado antes de empezar*), el autocuidado (K5: *me he sentido con menos energía o cansado por beber*), el síntoma de tolerancia de la dependencia física (K24) y la pérdida de conciencia (K1: *he tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber* y K10: *me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber*). Además, en algunos grupos también destacan ciertas conductas de riesgo (K2: *he asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo* en todos los clusters excepto en las MMCIA y K12: *mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que me he arrepentido más tarde* en las MHCIA, HLCIA y HMCIA), consecuencias socio-interpersonales (K9: *cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas* en las MHCIA, HLCIA y HMCIA), de la autopercepción (K16: *me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol* en las mujeres Heavy) y la pérdida de conciencia (K3: *cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo* en las mujeres Heavy).

Puntuaciones inferiores se encuentran en varias consecuencias relacionadas con la determinación del control (K15: *he pasado demasiado tiempo bebiendo*), el autocuidado (K8: *mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol* y K13: *he tenido sobrepeso a causa de la bebida*), las conductas de riesgo (K6: *mi consumo de alcohol me ha llevado a realizar prácticas sexuales de las que luego me he arrepentido* y K19: *he conducido un coche cuando sabía que había bebido demasiado para conducir de manera segura*), la dependencia física (K18: *he sentido que necesitaba beber después de levantarme*), la pérdida de conciencia (K3: *cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo*, K14:

me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegue allí y K22: me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol) y las consecuencias socio-interpersonales (K17: he tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir alcohol y K23: me he vuelto muy grosero, desagradable, u ofensivo después de beber). También en todos los ítems vinculados con las consecuencias académicas / profesionales (K4: la calidad de mi trabajo/estudios ha disminuido, K11: no he ido a trabajar o he perdido clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber y K20: he descuidado mis obligaciones con mi familia, trabajo o estudios por beber).

En la Tabla 85 se presenta este mismo análisis pero en función de los clusters NO CIA:

Tabla 85  
Puntuaciones del B-YAACQ por ítems para los clusters NO CIA

B-YAACQ		MLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	MMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	p
Socio- interspers	K9	0.23 (0.52)	0.67 (0.73)	0.39 (0.59)	0.63 (0.50)	.009**
	K17	0.09 (0.29)	0.15 (0.36)	0.00 (0.00)	0.13 (0.34)	.125
	K23	0.07 (0.25)	0.28 (0.64)	0.17 (0.44)	0.13 (0.34)	.218
Deterioro control	K7	<b>0.77 (0.68)</b>	<b>1.05 (0.68)</b>	<b>0.86 (0.68)</b>	<b>1.25 (0.77)</b>	.069
	K15	0.14 (0.35)	0.31 (0.56)	0.14 (0.42)	0.44 (0.62)	.081
	K21	0.81 (0.76)	<b>1.23 (0.62)</b>	<b>0.86 (0.68)</b>	<b>1.38 (0.88)</b>	.008**
AP	K16	0.19 (0.39)	0.49 (0.50)	0.33 (0.65)	0.25 (0.44)	.060 <sup>c</sup>
Auto- cuidado	K5	0.56 (0.70)	<b>1.31 (1.03)</b>	<b>0.75 (0.81)</b>	<b>0.88 (0.71)</b>	.001***
	K8	0.09 (0.29)	0.10 (0.31)	0.08 (0.28)	0.13 (0.34)	.972
	K13	0.05 (0.21)	0.10 (0.31)	0.03 (0.16)	0.00 (0.00)	.348
RS <sup>b</sup>	K2	0.26 (0.53)	0.46 (0.60)	0.42 (0.64)	<b>1.06 (0.85)</b>	.001***

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>b</sup>RS= Conductas de Riesgo

<sup>c</sup>El ANOVA no sugiere diferencias significativas pero la prueba a posteriori sí las identifica.

\*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

(continúa)

Tabla 85  
Puntuaciones del B-YAACQ por ítems para los clusters NO CIA

B-YAACQ		MLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	MMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HLNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	HMNOCIA $\bar{x}$ (d.t)	p
Conducta Riesgo	K6	0.05 (0.21)	0.08 (0.27)	0.00 (0.00)	0.38 (0.61)	.015*
	K12	0.26 (0.49)	<b>0.72</b> (0.68)	0.39 (0.59)	0.69 (0.60)	.002**
	K19	0.02 (0.15)	0.08 (0.35)	0.17 (0.44)	0.38 (0.61)	.013 <sup>a</sup>
Académ/ Profesio	K4	0.02 (0.15)	0.13 (0.41)	0.06 (0.23)	0.00 (0.00)	.246
	K11	0.05 (0.21)	0.23 (0.42)	0.06 (0.23)	0.00 (0.00)	.008**
	K20	0.05 (0.21)	0.10 (0.31)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	.141
DF	K18	0.07 (0.45)	0.05 (0.32)	0.17 (0.61)	0.13 (0.34)	.700
	K24	0.26 (0.58)	<b>0.95</b> (0.99)	0.58 (0.87)	<b>0.81</b> (0.91)	.003**
Pérdida de conciencia	K1	<b>0.74</b> (0.95)	<b>1.36</b> (0.74)	0.58 (0.55)	<b>0.88</b> (0.50)	.001***
	K3	0.26 (0.65)	0.36 (0.66)	0.19 (0.46)	0.31 (0.47)	.674
	K10	0.53 (0.63)	<b>0.95</b> (0.68)	0.58 (0.60)	0.56 (0.62)	.018*
	K14	0.12 (0.39)	0.13 (0.41)	0.06 (0.23)	0.44 (0.81)	.033 <sup>a</sup>
	K22	0.07 (0.25)	0.00 (0.00)	0.03 (0.16)	0.13 (0.34)	.167

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencia significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

De los ítems que han obtenido divergencias entre los grupos destaca el *decir o hacer cosas vergonzosas cuando beben* (K9) en las **consecuencias socio-interpersonales** ( $F_{(3,4.488)} = 3.998$ ,  $p = .009$ ). En concreto se obtienen entre las mujeres *Medium* y las mujeres *Light* ( $p = .017$ ), siendo las primeras las que reflejan puntuaciones superiores.

En las consecuencias relacionadas con el **deterioro del control** se observan para el ítem *beber más de lo que había planeado antes de empezar* (K21) ( $F_{(3,6.4801)} = 4.161$ ,  $p = .008$ ). Estas se advierten entre las mujeres *Medium* y *Light* ( $p = .040$ ), siendo las *Medium* las que presentan puntuaciones superiores.

En el ítem relacionado con la **autopercepción** (K16: *sentirse culpable o avergonzado*), el ANOVA no refleja ninguna diferencia entre los grupos ( $F_{(3, 1.946)} = 2.536, p = .060$ ). Sin embargo, la prueba *a posteriori* sugiere divergencias entre ambos *clusters* de mujeres (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p = .020$ ), siendo las *Medium* las que puntúan más alto.

También sugiere diferencias en una de las consecuencias vinculadas con el **autocuidado**: *me he sentido con menos energía o cansado por beber* (K5) ( $F_{(3, 12.170)} = 5.769, p < .001$ ). En particular, se muestran entre las mujeres *Medium* y las mujeres *Light* ( $p = .002$ ), siendo las primeras las que reflejan puntuaciones más elevadas.

Las **conductas de riesgo** muestran diferenciación entre los *clusters* para los ítems: *he asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo* (K2) ( $F_{(3, 7.665)} = 6.442, p < .001$ ) y *mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que me he arrepentido más tarde* (K12) ( $F_{(3, 5.356)} = 5.037, p = .002$ ). Concretamente, para el ítem K2 las obtiene entre las mujeres *Light* y los hombres *Medium* ( $p = .011$ ), y para el ítem K12 entre los dos grupos de mujeres (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p = .005$ ), siendo los *clusters Medium* los que presentan puntuaciones más elevadas en ambos casos.

De las **consecuencias académicas/profesionales**, se presentan diferencias significativas en el ítem referido a *no ir a trabajar/clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber* (K11) ( $F_{(3, 1.020)} = 4.123, p = .008$ ). En este caso las diferencias se presentan entre los grupos *Medium* de ambos sexos ( $p = .009$ ), siendo las mujeres las que puntúan más alto.

Entre los **síntomas de dependencia**, el *darse cuenta que ahora necesita mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharse* (K24) es el que muestra divergencias ( $F_{(3, 10.550)} = 5.009, p = .003$ ). En concreto, las obtiene entre los dos grupos de mujeres (MLNOCIA - MMNOCIA:  $p = .002$ ), siendo las *Medium* las que presentan puntuaciones superiores.

En la **pérdida de conciencia**, las consecuencias *tener resaca* (K1) y *sentirse mal e incluso vomitar después de beber* (K10) son las que presentan diferencias entre los grupos (K1:  $F_{(3, 12.877)} = 7.575, p < .001$  / K10:  $F_{(3, 4.270)} = 3.472, p = .018$ ). Concretamente, en el K1 se obtienen entre las mujeres *Medium* con respecto al resto de grupos (MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .008$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p < .001$  / MMNOCIA - HMNOCIA:  $p = .037$ ), mostrando puntuaciones más elevadas en las MMNOCIA. En el ítem K10 se identifican entre las mujeres *Medium* y las mujeres *Light* (FS1:  $p = .005$  / FS6:  $p = .044$  / FS10:  $p = .029$ ), volviendo a ser las *Medium* las que puntúan más elevado.

En las Tablas 86 a 89 se identifican las puntuaciones más elevadas en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen.

Tabla 86  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster MLNOCIA

MLNOCIA	$\bar{x}$ (d.t)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	0.77 (0.68)
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	0.74 (0.95)

Tabla 87  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster MMNOCIA

MMNOCIA	$\bar{x}$ (d.t)
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	1.36 (0.74)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	1.31 (1.03)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.23 (0.62)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.05 (0.68)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme	0.95 (0.99)
K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber.	0.95 (0.68)
K12. Mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde.	0.72 (0.68)

Tabla 88  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster HLNOCIA

HLNOCIA	$\bar{x}$ (d.t)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	0.86 (0.68)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	0.86 (0.68)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	0.75 (0.81)

Tabla 89  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el B-YAACQ para el cluster HMNOCIA

HMNOCIA	$\bar{x}$ (d.t)
K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar.	1.38 (0.88)
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber.	1.25 (0.77)
K2. He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo.	1.06 (0.85)
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber.	0.88 (0.71)
K1. He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber.	0.88 (0.50)
K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme	0.81 (0.91)

Todos los grupos NO CIA presentan puntuaciones elevadas en el ítem *a menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber* (K7) del deterioro del control. Además, la consecuencia *tener resaca* (K1) de la pérdida

de conciencia se muestra en todos los *clusters* a excepción de los hombres *Light*. También predominan algunos síntomas de autocuidado (K5: *me he sentido con menos energía o cansado por beber*) y deterioro del control (K21: *he bebido más de lo que había planeado antes de empezar*) en todos los grupos excepto en las MLNOCIA. En ambos grupos *Medium* además se presentan puntuaciones superiores en el síntoma de tolerancia de la dependencia física (K24), y en algunas conductas de riesgo (K12: *mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde* en las mujeres y K2: *he asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo* en los hombres). En las MMNOCIA también destaca el ítem *sentirse mal o vomitar* (K10) de la pérdida de conciencia.

Puntuaciones inferiores se encuentran en consecuencias relacionadas con la determinación del control (K15: *he pasado demasiado tiempo bebiendo*), el autocuidado (K8: *mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol* y K13: *he tenido sobrepeso a causa de la bebida*), las conductas de riesgo (K6: *mi consumo de alcohol me ha llevado a realizar prácticas sexuales de las que luego me he arrepentido* y K19: *he conducido un coche cuando sabía que había bebido demasiado para conducir de manera segura*), la dependencia física (K18: *he sentido que necesitaba beber después de levantarme*) y la pérdida de conciencia (K3: *cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo*, K14: *me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegue allí* y K22: *me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol*). También en todos los ítems vinculados con las consecuencias socio-interpersonales (K9: *cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas*, K17: *he tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir alcohol* y K23: *me he vuelto muy grosero, desagradable, u*

*ofensivo después de beber*), la autopercepción (K16: *me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol*) y las consecuencias académicas/profesionales (K4: *la calidad de mi trabajo/estudios ha disminuido*, K11: *no he ido a trabajar o he perdido clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber* y K20: *he descuidado mis obligaciones con mi familia, trabajo o estudios por beber*).

### **1.3. RAPI**

Este cuestionario presenta un elevado índice de consistencia interna, indicando la alta correlación que existe entre sus ítems, ya que el alfa de Cronbach resulta en .80.

Los CIA alcanzan una puntuación total media de 6.77 puntos (*d.t.*= 5.37), mientras que el grupo NO CIA obtiene una calificación de 3.83 puntos (*d.t.*= 4.13). Además, la prueba *t* muestra diferencias entre los grupos ( $p < .001$ ), indicando una mayor experimentación de consecuencias negativas por parte de los CIA.

Teniendo en cuenta este análisis en función del sexo, no se muestra divergencia entre mujeres y hombres para los CIA (mujeres:  $\bar{X} = 6.19$ ; *d.t.*= 5.31 / hombres:  $\bar{X} = 6.91$ ; *d.t.*= 4.65 /  $p = .241$ ) ni tampoco para los NO CIA (mujeres:  $\bar{X} = 3.82$ ; *d.t.*= 4.29 / hombres:  $\bar{X} = 3.84$ ; *d.t.*= 3.9 /  $p = .971$ ), en la puntuación media total.

En la Tabla 90, se presenta la puntuación media obtenida por los jóvenes, para cada uno de los ítems que contiene este cuestionario. Para examinar el nivel de significación, se utiliza la prueba *t* para muestras independientes. El primer análisis hace referencia a las puntuaciones obtenidas

de los CIA y NO CIA. En el segundo, se diferencia a los CIA en función del sexo.

Tabla 90  
Puntuaciones del RAPI por ítems

RAPI	CIA $\bar{x}$ (d.t)	NO CIA $\bar{x}$ (d.t)	<i>p</i>	CIA mujer $\bar{x}$ (d.t)	CIA hombre $\bar{x}$ (d.t)	<i>p</i>
Rp1	0.36 (0.61)	0.17 (0.41)	.001***	0.45 (0.69)	0.27 (0.50)	.018*
Rp2	0.30 (0.60)	0.12 (0.38)	.001***	0.21 (0.56)	0.39 (0.63)	.017*
Rp3	0.24 (0.50)	0.15 (0.44)	.044*	0.16 (0.42)	0.29 (0.51)	.017*
Rp4	0.21 (0.48)	0.09 (0.31)	.003**	0.21 (0.51)	0.19 (0.44)	.740
Rp5	0.37 (0.56)	0.27 (0.55)	.076	0.31 (0.48)	0.42 (0.59)	.100
Rp6	0.40 (0.62)	0.19 (0.41)	.001***	0.40 (0.61)	0.37 (0.59)	.726
Rp7	0.01 (0.10)	0.01 (0.83)	.697	0.00 (0.00)	0.02 (0.14)	.083
Rp8	<b>0.84</b> (0.94)	0.38 (0.69)	.001***	<b>0.70</b> (0.85)	<b>0.91</b> (0.97)	.057
Rp9	0.66 (0.87)	0.44 (0.87)	.016*	0.57 (0.80)	<b>0.70</b> (0.89)	.208
Rp10	0.05 (0.22)	0.07 (0.28)	.377	0.02 (0.15)	0.07 (0.28)	.077
Rp11	0.19 (0.50)	0.14 (0.42)	.229	0.15 (0.46)	0.23 (0.54)	.167
Rp12	0.07 (0.29)	0.03 (0.18)	.113	0.04 (0.23)	0.08 (0.29)	.204
Rp13	0.31 (0.61)	0.13 (0.47)	.001***	0.27 (0.63)	0.34 (0.59)	.344
Rp14	0.17 (0.43)	0.13 (0.41)	.387	0.12 (0.35)	0.18 (0.41)	.282
Rp15	0.32 (0.60)	0.15 (0.38)	.001***	0.33 (0.62)	0.30 (0.58)	.724
Rp16	0.07 (0.27)	0.03 (0.18)	.094	0.09 (0.30)	0.07 (0.24)	.555
Rp17	0.34 (0.57)	0.18 (0.38)	.001***	0.36 (0.63)	0.31 (0.49)	.473
Rp18	0.08 (0.29)	0.01 (0.11)	.002**	0.09 (0.30)	0.07 (0.27)	.595
Rp19	0.37 (0.66)	0.22 (0.53)	.017*	0.36 (0.71)	0.34 (0.57)	.743
Rp20	0.09 (0.36)	0.06 (0.28)	.365	0.08 (0.34)	0.08 (0.36)	.961
Rp21	<b>0.91</b> (0.72)	0.67 (0.64)	.001***	<b>0.93</b> (0.73)	<b>0.85</b> (0.70)	.387
Rp22	0.07 (0.33)	0.03 (0.21)	.167	0.08 (0.34)	0.04 (0.20)	.337
Rp23	0.35 (0.66)	0.13 (0.41)	.001***	0.28 (0.59)	0.39 (0.69)	.177

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

En este cuestionario, no hay gran disparidad entre el número de preguntas con diferencias significativas y sin estas diferencias entre CIA y NO CIA. En concreto, aquellas que aparecen con frecuencias distintas son las que hacen referencia a *no ser capaz de hacer los deberes o de estudiar para un examen* (Rp1) ( $t = 3.622$ ;  $p < .001$ ), *meterte en peleas con otra gente* (Rp2) ( $t =$

3.734;  $p < .001$ ), *perderte ciertas cosas porque te has gastado demasiado dinero en alcohol* (Rp3) ( $t = 2.026$ ;  $p = .044$ ), *ir a clase o al trabajo bajo la influencia del alcohol* (Rp4) ( $t = 3.042$ ;  $p = .003$ ), *no cumplir con tus responsabilidades* (Rp6) ( $t = 4.010$ ;  $p < .001$ ), *sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos* (Rp8) ( $t = 5.686$ ;  $p < .001$ ), *intentar controlar tu consumo de alcohol* (Rp9) ( $t = 2.426$ ;  $p = .016$ ), *haber perdido un día o parte de un día de colegio o trabajo* (Rp13) ( $t = 3.348$ ;  $p < .001$ ), *encontrarte de repente en un lugar al que no recuerdas haber llegado* (Rp15) ( $t = 3.343$ ;  $p < .001$ ), *tener una pelea, discusión o mal rollo con un amigo* (Rp17) ( $t = 3.302$ ;  $p < .001$ ), *tener una pelea, discusión o mal rollo con un familiar* (Rp18) ( $t = 3.105$ ;  $p = .002$ ), *seguir bebiendo cuando te prometiste no hacerlo* (Rp19) ( $t = 2.397$ ;  $p = .017$ ), *pasar un mal rato* (Rp21) ( $t = 3.348$ ;  $p < .001$ ) y *que un amigo, vecino o familiar te haya dicho que dejes de beber o que bebas menos* (Rp23) ( $t = 4.125$ ;  $p < .001$ ). En todos los casos se obtienen puntuaciones superiores de los CIA.

Cuando se analiza el nivel de significación entre mujeres y hombres CIA, solo se presentan diferencias en las tres primeras consecuencias evaluadas (Rp1:  $t = 2.393$ ;  $p = .018$  / Rp2:  $t = -2.410$ ;  $p = .017$  / Rp3:  $t = -2.399$ ;  $p = .017$ ). Así pues, la primera pregunta identifica mejor a las mujeres CIA (mujeres:  $\bar{X} = 0.45$  / hombres:  $\bar{X} = 0.27$ ), mientras que la segunda y la tercera a los hombres de este grupo (segunda: mujeres:  $\bar{X} = 0.39$  / hombres:  $\bar{X} = 0.21$  // tercera: mujeres:  $\bar{X} = 0.29$  hombres:  $\bar{X} = 0.16$ ).

Si se analizan las puntuaciones obtenidas para cada ítem, se observa que las consecuencias más representativas de todo el cuestionario para los CIA, son las que hacen referencia a *pasar un mal rato* (Rp 21:  $\bar{X} = 0.91$ ) y el síntoma de tolerancia (Rp8:  $\bar{X} = 0.84$ ). Si diferenciamos por sexo se observa que además

los hombres CIA puntúan alto en *intentar controlar el consumo de alcohol* (Rp9:  $\bar{X} = 0.70$ ). En los NO CIA, ninguna de las preguntas sería adecuada para caracterizarlos, ya que las puntuaciones obtenidas son muy bajas.

La Tabla 91 muestra la puntuación total obtenida en el RAPI, en función del *cluster* CIA de pertenencia.

Tabla 91  
Puntuación final media del RAPI en función del cluster CIA al que pertenecen

MMCIA $\bar{X}(d.t) (n = 91)$	MHCIA $\bar{X}(d.t) (n = 38)$	HLCIA $\bar{X}(d.t) (n = 47)$	HMCIA $\bar{X}(d.t) (n = 60)$	HHCIA $\bar{X}(d.t) (n = 30)$
4.81 (3.85)	9.47 (6.77)	5.85 (4.09)	7.08 (4.34)	8.20 (5.75)

Aparecen diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(4, 721.015)} = 8.000$ ,  $p < .001$ ). En concreto, la prueba *a posteriori* las muestra entre el *cluster* de mujeres *Medium* y los *Heavy* de ambos sexos (MMCIA - MHCIA:  $p = .002$  / MMCIA - HHCIA:  $p = .035$ ). También entre estas y los hombres *Medium* ( $p = .012$ ), y entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Light* ( $p = .041$ ), siendo en todos los casos los grupos de consumo más intenso los que puntúan más alto.

La Tabla 92 muestra los mismos análisis, en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen.

Tabla 92  
Puntuación final media del RAPI en función del cluster NO CIA al que pertenecen

MLNOCIA $\bar{X}(d.t) (n = 43)$	MMNOCIA $\bar{X}(d.t) (n = 40)$	HLNOCIA $\bar{X}(d.t) (n = 36)$	HMNOCIA $\bar{X}(d.t) (n = 16)$
2.30 (3.20)	5.77 (4.80)	3.14 (2.91)	5.50 (4.87)

En este caso también aparecen diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(3, 307.799)} = 6.797$ ,  $p < .001$ ). En concreto se muestran entre el grupo

*Medium* de mujeres y los grupos *Light* de ambos sexos (MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .002$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .026$ ), indicando una experimentación superior de consecuencias negativas por parte del primero.

Asimismo, se examinan las puntuaciones medias obtenidas para cada una de las consecuencias del cuestionario en los *clusters* CIA (Tabla 93) y NO CIA (Tabla 99).

Tabla 93  
Puntuaciones del RAPI por ítems para los clusters CIA

RAPI	MMCIA $\bar{X}(d.t)$	MHCIA $\bar{X}(d.t)$	HLCIA $\bar{X}(d.t)$	HMCIA $\bar{X}(d.t)$	HHCIA $\bar{X}(d.t)$	<i>p</i>
Rp1	0.36 (0.60)	0.66 (0.84)	0.19 (0.39)	0.28 (0.52)	0.37 (0.61)	.023*
Rp2	0.09 (0.28)	0.50 (0.89)	0.26 (0.44)	0.38 (0.58)	0.60 (0.89)	.001***
Rp3	0.15 (0.42)	0.16 (0.13)	0.19 (0.39)	0.35 (0.61)	0.38 (0.47)	.069
Rp4	0.12 (0.32)	0.42 (0.75)	0.09 (0.28)	0.13 (0.34)	0.47 (0.68)	.046*
Rp5	0.23 (0.42)	0.50 (0.55)	0.34 (0.47)	0.43 (0.59)	0.50 (0.73)	.027
Rp6	0.27 (0.49)	<b>0.71</b> (0.76)	0.17 (0.38)	0.47 (0.62)	0.50 (0.73)	.001**
Rp7	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.02 (0.14)	0.03 (0.18)	0.00 (0.00)	.306
Rp8	0.59 (0.76)	<b>0.95</b> (1.01)	<b>0.85</b> (0.83)	<b>0.85</b> (1.01)	<b>1.13</b> (1.11)	.043 <sup>a</sup>
Rp9	0.46 (0.75)	<b>0.82</b> (0.89)	<b>0.72</b> (0.97)	<b>0.73</b> (0.86)	0.57 (0.85)	.139
Rp10	0.01 (0.11)	0.05 (0.22)	0.09 (0.35)	0.08 (0.27)	0.03 (0.18)	.288
Rp11	0.08 (0.26)	0.32 (0.73)	0.30 (0.65)	0.23 (0.53)	0.13 (0.34)	.046 <sup>a</sup>
Rp12	0.02 (0.14)	0.08 (0.35)	0.04 (0.20)	0.08 (0.33)	0.13 (0.34)	.297
Rp13	0.16 (0.42)	0.53 (0.92)	0.15 (0.36)	0.45 (0.69)	0.43 (0.62)	.001***
Rp14	0.10 (0.33)	0.18 (0.39)	0.19 (0.44)	0.13 (0.34)	0.23 (0.50)	.001 <sup>a</sup>
Rp15	0.27 (0.55)	0.45 (0.76)	0.19 (0.39)	0.32 (0.62)	0.43 (0.72)	.422
Rp16	0.05 (0.27)	0.16 (0.37)	0.09 (0.28)	0.07 (0.25)	0.03 (0.18)	.257
Rp17	0.30 (0.56)	0.53 (0.76)	0.28 (0.45)	0.32 (0.50)	0.37 (0.55)	.328
Rp18	0.05 (0.22)	0.16 (0.43)	0.04 (0.20)	0.03 (0.18)	0.17 (0.46)	.252

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencia significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ .

(continúa)

Tabla 93  
Puntuaciones del RAPI por ítems para los clusters CIA

RAPI	MMCIA $\bar{X}(d.t)$	MHCIA $\bar{X}(d.t)$	HLCIA $\bar{X}(d.t)$	HMCIA $\bar{X}(d.t)$	HHCIA $\bar{X}(d.t)$	<i>p</i>
Rp19	0.29 (0.60)	0.55 (0.92)	0.38 (0.67)	0.3 (0.53)	0.33 (0.47)	.080
Rp20	0.04 (0.21)	0.16 (0.54)	0.09 (0.35)	0.07 (0.25)	0.10 (0.54)	.273
Rp21	<b>0.89</b> (0.72)	<b>1.03</b> (0.75)	<b>0.91</b> (0.68)	<b>0.88</b> (0.66)	<b>0.70</b> (0.79)	.567
Rp22	0.04 (0.21)	0.16 (0.54)	0.09 (0.28)	0.02 (0.12)	0.03 (0.18)	.473
Rp23	0.22 (0.49)	0.42 (0.79)	0.19 (0.39)	0.43 (0.76)	0.60 (0.85)	.138

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

El estadístico ANOVA muestra divergencias entre los grupos para las consecuencias *no ser capaz de hacer los deberes o de estudiar para un examen* (Rp1), *meterte en peleas con otra gente* (Rp2), *ir a clase o al trabajo bajo la influencia del alcohol o borracho* (Rp4), *no cumplir con tus responsabilidades* (Rp6) y *haber perdido un día o parte de un día de colegio o trabajo* (Rp13). En concreto, la primera consecuencia (Rp1:  $F_{(4, 5.059)} = 3.511$ ,  $p = .008$ ) refleja estas diferencias entre las mujeres *Heavy* y los hombres *Light* ( $p = .023$ ), siendo ellas las que obtienen puntuaciones más altas. La segunda consecuencia (Rp2:  $F_{(4, 8.824)} = 6.461$ ,  $p < .001$ ) es experimentada de manera diferente por parte de las mujeres *Medium* y los dos grupos de hombres de consumo más intensivo (MMCIA - HMCIA:  $p = .004$  / MMCIA - HHCIA:  $p = .032$ ), mostrando puntuaciones más elevadas los hombres. En la tercera consecuencia (Rp4:  $F_{(4, 5.5447)} = 6.463$ ,  $p < .001$ ) se muestran diferencias entre los hombres *Light* y *Heavy* ( $p = .046$ ), siendo estos últimos los que advierten puntuaciones superiores. La cuarta consecuencia (Rp6:  $F_{(4, 8.252)} = 6.062$ ,  $p < .001$ ) se experimenta de manera diferente por parte de las mujeres *Heavy* y los grupos de ambos sexos de menor consumo (MHCIA - MMCIA:  $p = .015$  / MHCIA - HLCIA:  $p = .002$ ), mostrando puntuaciones más altas las mujeres *Heavy*. También entre los hombres *Light* y *Medium* se aprecian diferencias ( $p = .025$ ), siendo estos últimos los que presentan puntuaciones más elevadas. La quinta

consecuencia a la que se ha hecho referencia (Rp13:  $F_{(4, 6.547)} = 4.536, p < .001$ ), muestra diferente prevalencia entre los hombres *Medium* y los grupos de ambos sexos de menor consumo (HMCIA - MMCIA:  $p = .045$  / HMCIA - HLCIA:  $p = .038$ ), observándose puntuaciones superiores en los primeros (HMCIA).

De la tabla 94 a 98 se identifican las puntuaciones más elevadas en función del *cluster* CIA al que pertenecen.

Tabla 94  
*Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster MMCIA*

MMCIA	$\bar{x}(d.t)$
Rp21. Pasar un mal rato	0.89 (0.72)

Tabla 95  
*Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster MHCIA*

MHCIA	$\bar{x}(d.t)$
Rp21. Pasar un mal rato	1.03 (0.75)
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos	0.95 (1.01)
Rp9. Intentar controlar tu consumo de alcohol (beber solo en ciertos momentos del día, o en ciertos sitios, cambiar el patrón de consumo...)	0.82 (0.89)
Rp6. No cumplir con tus responsabilidades	0.71 (0.76)

Tabla 96  
*Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster HLCIA*

HLCIA	$\bar{x}(d.t)$
Rp21. Pasar un mal rato	0.91 (0.68)
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos	0.85 (0.83)
Rp9. Intentar controlar tu consumo de alcohol (beber solo en ciertos momentos del día, o en ciertos sitios, cambiar el patrón de consumo...)	0.72 (0.97)

Tabla 97  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster HMCIA

HMCIA	$\bar{x}(d.t)$
Rp21. Pasar un mal rato	0.88 (0.66)
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos	0.85 (1.01)
Rp9. Intentar controlar tu consumo de alcohol (beber solo en ciertos momentos del día, o en ciertos sitios, cambiar el patrón de consumo...)	0.73 (0.86)

Tabla 98  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster HHCIA

HHCIA	$\bar{x}(d.t)$
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos	1.13 (1.11)
Rp21. Pasar un mal rato	0.70 (0.79)

En general, se observan puntuaciones bajas en la mayoría de los ítems del cuestionario, sobre todo en las mujeres *Medium* y los hombres *Heavy*.

Puntuaciones superiores se presentan en el síntoma relacionado con *pasar un mal rato* (Rp21) para todos los grupos. Caracterizan además los grupos de mujeres *Heavy* y todos los de hombres los síntomas de tolerancia (RP8: *sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos*) y de *intentar controlar el consumo* (Rp9). También destaca la consecuencia relacionada con *no cumplir responsabilidades* (RP6) en las mujeres *Heavy*.

En la Tabla 115 se presenta este mismo análisis pero en función de los *clusters* NO CIA:

Tabla 99  
Puntuaciones del RAPI por ítems para los clusters NO CIA

RAPI	MLNOCIA $\bar{X}$ (d.t)	MMNOCIA $\bar{X}$ (d.t)	HLNOCIA $\bar{X}$ (d.t)	HMNOCIA $\bar{X}$ (d.t)	p
Rp1	0.09 (0.29)	0.42 (0.59)	0.19 (0.40)	0.19 (0.42)	.001***
Rp2	0.05 (0.21)	0.10 (0.31)	0.17 (0.56)	0.25 (0.44)	.271
Rp3	0.07 (0.33)	0.23 (0.58)	0.08 (0.28)	0.19 (0.403)	.281
Rp4	0.02 (0.15)	0.23 (0.48)	0.06 (0.23)	0.06 (0.25)	.019 <sup>a</sup>
Rp5	0.14 (0.35)	0.23 (0.58)	0.33 (0.63)	0.50 (0.63)	.115
Rp6	0.07 (0.25)	0.36 (0.53)	0.11 (0.31)	0.38 (0.5)	.002**
Rp7	0.02 (0.15)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	.553
Rp8	0.09 (0.29)	<b>0.74</b> (0.88)	0.23 (0.49)	<b>0.75</b> (0.93)	.001***
Rp9	0.26 (0.62)	<b>0.82</b> (1.16)	0.39 (0.76)	0.44 (0.89)	.032*
Rp10	0.07 (0.33)	0.05 (0.22)	0.11 (0.31)	0.06 (0.25)	.839
Rp11	0.12 (0.32)	0.15 (0.48)	0.14 (0.42)	0.06 (0.25)	.883
Rp12	0.05 (0.21)	0.05 (0.22)	0.03 (0.16)	0.00 (0.00)	.801
Rp13	0.05 (0.21)	0.28 (0.64)	0.06 (0.33)	0.25 (0.77)	.083
Rp14	0.09 (0.36)	0.21 (0.52)	0.11 (0.31)	0.19 (0.54)	.623
Rp15	0.16 (0.37)	0.15 (0.43)	0.06 (0.23)	0.38 (0.61)	.072
Rp16	0.05 (0.21)	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	0.06 (0.25)	.895
Rp17	0.16 (0.37)	0.18 (0.38)	0.17 (0.37)	0.31 (0.47)	.593
Rp18	0.02 (0.15)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.06 (0.25)	.289
Rp19	0.19 (0.39)	0.31 (0.73)	0.19 (0.46)	0.25 (0.57)	.749
Rp20	0.02 (0.15)	0.08 (0.35)	0.03 (0.16)	0.00 (0.00)	.607
Rp21	0.49 (0.59)	<b>0.90</b> (0.71)	0.58 (0.53)	<b>0.81</b> (0.75)	.024*
Rp22	0.00 (0.00)	0.10 (0.38)	0.00 (0.00)	0.60 (0.25)	.133
Rp23	0.02 (0.15)	0.15 (0.36)	0.22 (0.63)	0.25 (0.44)	.130

Nota. Medias  $\geq .70$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.

<sup>a</sup>El ANOVA sugiere diferencias significativas ( $p \leq .05$ ) pero la prueba *a posteriori* no las refleja.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

El ANOVA muestra divergencias entre los grupos para las consecuencias *no ser capaz de hacer los deberes o de estudiar para un examen* (Rp1), *no cumplir con tus responsabilidades* (Rp6), *sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos* (Rp8), *intentar controlar tu consumo de alcohol* (Rp9) y *pasar un mal rato* (Rp21). En concreto, la primera y tercera consecuencias (Rp1:  $F_{(3, 3.083)} = 6.249$ ,  $p < .001$  / Rp8:  $F_{(3, 11.644)} = 9.232$ ,  $p < .001$ ) reflejan estas diferencias entre las mujeres

*Medium* y los grupos *Light* de ambos sexos (Rp1: MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .017$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .005$  / Rp8: MMNOCIA - MLNOCIA:  $p < .001$  / MMNOCIA - HLNOCIA:  $p = .013$ ), siendo las mujeres de consumo más intenso (MMNOCIA) las que obtienen puntuaciones más altas. La segunda, cuarta y quinta consecuencias (Rp6:  $F_{(3, 2.489)} = 5.119$ ,  $p = .002$  / Rp9:  $F_{(3, 7.010)} = 3.025$ ,  $p = .032$  / Rp21:  $F_{(3, 4.031)} = 3.264$ ,  $p = .024$ ) las obtienen entre los dos grupos de mujeres (Rp6: MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .018$  / Rp9: MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .044$  / Rp21: MMNOCIA - MLNOCIA:  $p = .033$ ), mostrando de nuevo puntuaciones más elevadas en las *Medium*.

De la tabla 100 a 103 se identifican las puntuaciones más elevadas en función del *cluster* NO CIA al que pertenecen.

Tabla 100  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster MLNOCIA

MLNOCIA	$\bar{x}(d.t)$
Ningún ítem presenta puntuaciones superiores a 0.70	

Tabla 101  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster MMNOCIA

MMNOCIA	$\bar{x}(d.t)$
Rp21. Pasar un mal rato	0.90 (0.71)
Rp9. Intentar controlar tu consumo de alcohol (beber solo en ciertos momentos del día, o en ciertos sitios, cambiar el patrón de consumo...)	0.82 (1.16)
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos	0.74 (0.88)

Tabla 102  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster HLNOCIA

HLNOCIA	$\bar{x}(d.t)$
Ningún ítem presenta puntuaciones superiores a 0.70	

Tabla 103  
Ítems con puntuaciones más elevadas en el RAPI para el cluster HMNO CIA

HMNO CIA	$\bar{x}$ (d.t)
Rp21. Pasar un mal rato	0.81 (0.75)
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos	0.75 (0.93)

De la misma manera que ocurría en los CIA, los *clusters* NO CIA también advierten puntuaciones bajas en la mayoría de los ítems del cuestionario, llegando a no presentar ninguna puntuación igual o por encima de 0.70 en los grupos *Light* de ambos sexos.

Puntuaciones superiores se presentan en el ítem *pasar un mal rato* (Rp21) y en el síntoma de tolerancia (Rp8) de los grupos *Medium* de ambos sexos. Además, la consecuencia *intentar controlar el consumo* (Rp9) también es característica de las mujeres *Medium*.

## 2. RELACIÓN ENTRE CUESTIONARIOS

Seguidamente se analiza la relación que existe entre los tres cuestionarios que evalúan consecuencias. En primer lugar se mide su asociación según las puntuaciones totales obtenidas en cada uno de ellos. En un segundo momento, se efectúa un análisis por ítems, partiendo de la relación de contenido que se encuentra entre los diferentes instrumentos.

La relación entre los tres cuestionarios, en función de las puntuaciones totales obtenidas en cada uno de ellos, se calcula a partir del coeficiente de correlación de *Pearson*. Los resultados se muestran en la Tabla 104.

Tabla 104  
Correlación entre cuestionarios

	IECI	B-YAACQ	RAPI
IECI	-	.912 ( $p < .001$ )***	.725 ( $p < .001$ )***
B-YAACQ		-	.752 ( $p < .001$ )***
RAPI			-

\*\*\* $p \leq .001$ .

En todos los casos, se obtienen puntuaciones cercanas a 1, sugiriendo índices de relación elevados, siendo mayor la concordancia entre los cuestionarios IECI y B-YAACQ .

En la Tabla 105 se propone una relación de contenido entre ítems de los tres instrumentos. En algunos casos, la correspondencia es completa y en otros casos se incluyen ítems que se supone pueden explicar parte del contenido de alguno de los ítems.

Tabla 105  
Relación de contenido entre los ítems del IECI, B-YAACQ y RAPI

IECI	B-YAACQ	RAPI
FS1. No comer correctamente	K1. Tener resaca	-
FS4. Apariencia física perjudicada	K8. Apariencia física perjudicada	-
FS5. Tener resaca	K1. Tener resaca K10. Sentirse mal / vomitar	Rp21. Pasar un mal rato
FS6. No levantarse a la hora normal	K1. Tener resaca K5. Sentirse con menos energía	-
FS9. Desmayarse	K22. Desmayarse	Rp16. Desmayarse
FS10. Sentirse mal / vomitar	K10. Sentirse mal / vomitar K1. Tener resaca	Rp21. Pasar un mal rato
FS11. Despertarse en un lugar sin saber cómo llegué allí	K14. Despertarse en un lugar sin saber cómo llegué allí K3. No recordar lo ocurrido	Rp15. Encontrarme en un lugar sin saber cómo he llegado
FS12. Olvidar cosas	K3. No recordar lo ocurrido K14. Despertarse en un lugar sin saber cómo llegué allí	Rp15. Encontrarme en un lugar sin saber cómo he llegado
DC1. Beber más de lo planeado	K21. Beber más de lo planeado K7. Beber en noches que no tenía planeado	-
DC4. Difícil darme cuenta de cuándo debo parar de beber	K21. Beber más de lo planeado K15. Pasar demasiado tiempo bebiendo	Rp14. Querer parar pero no poder Rp19. Beber cuando te prometiste no hacerlo

(continúa)

Tabla 105  
Relación de contenido entre los ítems del IECI, B-YAACQ y RAPI

IECI	B-YAACQ	RAPI
DC5. Intentar reducir o dejar de consumir alcohol	-	Rp9. Intentar controlar el consumo
RS8. Prácticas sexuales de las que luego me arrepiento	K6. Prácticas sexuales de las que luego me arrepiento K2. Asumir riesgos tontos K12. Hacer cosas impulsivas de las que luego me arrepiento	-
RS10. Perjudicar o lesionar a alguien	K17. Conflictos o discusiones con gente cercana K2. Asumir riesgos tontos	Rp2. Peleas con otra gente Rp17. Pelea/discusión con amigo Rp18. Pelea/discusión con familiar
AP2. Sentirse infeliz	-	Rp11. Cambio en la personalidad
AP3. Sentirse culpable o avergonzado por la manera de consumir	K16. Sentirse culpable o avergonzado por la manera de consumir K9. Decir/hacer cosas vergonzosas	-
AP4. Sentirse deprimido	-	Rp11. Cambio en la personalidad
DF3. Necesitar más alcohol para notar los mismos efectos	K24. Necesitar más alcohol para notar los mismos efectos	Rp8. Necesitar más alcohol para lograr los mismos efectos Rp10. Tener síntomas de abstinencia
DF4. Sentirse ansioso, agitado o inquieto tras dejar de consumir	K18. Sentir que necesita beber después de levantarse	Rp22. Sentirse física o psicológicamente dependiente del alcohol
SI3. Conflictos o discusiones con gente cercana	K17. Conflictos o discusiones con gente cercana	Rp2. Peleas con otra gente Rp17. Pelea/discusión con amigo Rp18. Pelea/discusión con familiar
SI5. Pareja o padres se quejan por la manera de consumir	K17. Conflictos o discusiones con gente cercana	Rp23. Amigo/familiar te dice que dejes/reduzcas el consumo
SI6. Decir cosas duras o crueles	K9. Decir/hacer cosas vergonzosas	Rp5. Avergonzar a alguien
SI7. Decir cosas de las que luego me arrepiento	K9. Decir/hacer cosas vergonzosas K12. Hacer cosas impulsivas de las que luego me arrepiento K16. Sentirse culpable o avergonzado por la manera de consumir	-
SI9. Personas cercanas han llegado a evitarme	-	Rp7. Familiares te evitan
SI10. Causar vergüenza a alguien	K9. Decir/hacer cosas vergonzosas K16. Sentirse culpable o avergonzado por la manera de consumir	Rp5. Avergonzar a alguien
PA4. Descuidar responsabilidades	K4. Calidad de trabajo/estudio disminuida K11. No ir a trabajar o a clase K20. Descuidar obligaciones	Rp1. No hacer los deberes/estudiar Rp6. No cumplir responsabilidades Rp13. Perder día de trabajo o clase
PA5. No ir a trabajar por estar bajo los efectos del alcohol	-	Rp4. Ir a clase o trabajo bajo la influencia del alcohol
OT1. Dejar de hacer actividades lúdicas	K15. Pasar demasiado tiempo bebiendo	Rp3. Perderte cosas por gastar demasiado dinero en alcohol
OT5. Problemas económicos	-	Rp3. Perderte cosas por gastar demasiado dinero en alcohol
-	K23. Volverse desagradable, grosero u ofensivo después de beber	Rp11. Cambio en la personalidad

Tan sólo seis ítems (Tabla 106) no muestran correspondencia de contenido con ninguno de los otros instrumentos.

Tabla 106  
Ítems que no presentan relación de contenido con otros ítems del IECI, B-YAACQ y RAPI

IECI	B-YAACQ	RAPI
SI8. Familia afectada por el consumo	K13. Tener sobrepeso	Rp12. Sentir que tenías un problema con el alcohol
OT3. Consumir otras drogas	K19. Conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol	Rp20. Sentir que estabas volviendo loco

En la siguiente tabla (Tabla 107) se presentan los resultados de los coeficientes de Spearman que muestran si la relación de contenido propuesta en la Tabla 105 se evidencia también a nivel estadístico.

Tabla 107  
Correlación de Spearman para ítems del IECI, B-YAACQ y RAPI con contenido relacionado

IECI vs B-YAACQ	IECI vs RAPI	B-YAACQ vs RAPI
FS1 - K1= .385 ( $p < .001$ )***	-	-
FS4 - K8= 1	-	-
FS5 - K1= 1	FS5 - Rp21= .300 ( $p < .001$ )***	K1 - Rp21= .300 ( $p < .001$ )***
FS5 - K10= <b>.468</b> ( $p < .001$ )***		K10 - Rp21= .320 ( $p < .001$ )***
FS6 - K1= <b>.407</b> ( $p < .001$ )***	-	-
FS6 - K5= <b>.428</b> ( $p < .001$ )***		
FS9 - K22= 1	FS9 - Rp16= <b>.648</b> ( $p < .001$ )***	K22 - Rp16= <b>.648</b> ( $p < .001$ )***
FS10 - K10= 1	FS10 - Rp21= .320 ( $p < .001$ )***	K10 - Rp21= .320 ( $p < .001$ )***
FS10 - K1= <b>.468</b> ( $p < .001$ )***		K1 - Rp21= .300 ( $p < .001$ )***
FS11 - K14= 1	FS11 - Rp15= <b>.652</b> ( $p < .001$ )***	K14 - Rp15= <b>.652</b> ( $p < .001$ )***
FS11 - K3= .291 ( $p < .001$ )***		K3 - Rp15= .360 ( $p < .001$ )***
FS12 - K14= .279 ( $p < .001$ )***	FS12 - Rp15= .313 ( $p < .001$ )***	K14 - Rp15= <b>.652</b> ( $p < .001$ )***
FS12 - K3= <b>.483</b> ( $p < .001$ )***		K3 - Rp15= .360 ( $p < .001$ )***
DC1 - K21= 1	-	-
DC1 - K7= .392 ( $p < .001$ )***		
DC4 - K21= <b>.428</b> ( $p < .001$ )***	DC4 - Rp14= .291 ( $p < .001$ )***	K21 - Rp14= .233 ( $p < .001$ )***
		K21 - Rp19= .266 ( $p < .001$ )***
DC4 - K15= .244 ( $p < .001$ )***	DC4 - Rp19= .197 ( $p < .001$ )***	K15 - Rp14= .343 ( $p < .001$ )***
		K15 - Rp19= .283 ( $p < .001$ )***
-	DC5 - Rp9= <b>.479</b> ( $p < .001$ )***	-
RS8 - K2= .297 ( $p < .001$ )***		
RS8 - K6= 1	-	-
RS8 - K12= .273 ( $p < .001$ )***		

Nota. Correlaciones > .40 están en negrita.

\* $p \leq .05$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

(continúa)

Tabla 107  
Correlación de Spearman para ítems del IECI, B-YAACQ y RAPI con contenido relacionado

IECI vs B-YAACQ	IECI vs RAPI	B-YAACQ vs RAPI
RS10 - K17= .243 ( $p < .001$ )***	RS10 - Rp2= .357 ( $p < .001$ )*** RS10 - Rp17= .239 ( $p < .001$ )*** RS10 - Rp18= .071 ( $p = .144$ )	K17 - Rp2= .374 ( $p < .001$ )*** K17 - Rp17= .383 ( $p < .001$ )*** K17 - Rp18= .206 ( $p < .001$ )***
-	AP2 - Rp11= .107 ( $p = .029$ )*	-
AP3 - K16= 1 AP3 - K9= .432 ( $p < .001$ )***	-	-
-	AP4 - Rp11= .044 ( $p = .373$ )	-
DF3 - K24= 1	DF3 - Rp8= .696 ( $p < .001$ )***	K24 - Rp8= .696 ( $p < .001$ )***
DF4 - K18= .008 ( $p = .868$ )	DF4 - Rp10= .111 ( $p = .022$ )* DF4 - Rp22= .079 ( $p = .107$ )	K18 - Rp10= .017 ( $p = .728$ ) K18 - Rp22= .080 ( $p = .102$ )
SI3 - K17= 1	SI3 - Rp2= .374 ( $p < .001$ )*** SI3 - Rp17= .383 ( $p < .001$ )*** SI3 - Rp18= .206 ( $p < .001$ )***	K17 - Rp2= .374 ( $p < .001$ )*** K17 - Rp17= .383 ( $p < .001$ )*** K17 - Rp18= .206 ( $p < .001$ )***
SI5 - K17= .264 ( $p < .001$ )***	SI5 - Rp23= .349 ( $p < .001$ )***	K17 - Rp23= .082 ( $p = .091$ )
SI6 - K9= .401 ( $p < .001$ )***	SI6 - Rp5= .404 ( $p < .001$ )***	K9 - Rp5= .458 ( $p < .001$ )***
SI7 - K9= .493 ( $p < .001$ )*** SI7 - K12= .512 ( $p < .001$ )*** SI7 - K16= .432 ( $p < .001$ )***	-	-
-	SI9 - Rp7= .137 ( $p < .005$ )**	-
SI10 - K9= .408 ( $p < .001$ )*** SI10 - K16= .425 ( $p < .001$ )***	SI10 - Rp5= .469 ( $p < .001$ )***	K9 - Rp5= .458 ( $p < .001$ )*** K16 - Rp5= .261 ( $p < .001$ )*** K4 - Rp1= .269 ( $p < .001$ )*** K4 - Rp6= .279 ( $p < .001$ )*** K4 - Rp13= .281 ( $p < .001$ )*** K11 - Rp1= .201 ( $p < .001$ )*** K11 - Rp6= .433 ( $p < .001$ )*** K11 - Rp13= .623 ( $p < .001$ )*** K20 - Rp1= .280 ( $p < .001$ )*** K20 - Rp6= .388 ( $p < .001$ )*** K20 - Rp13= .327 ( $p < .001$ )***
PA4 - K4= .388 ( $p < .001$ )*** PA4 - K11= .301 ( $p < .001$ )*** PA4 - K20= .433 ( $p < .001$ )***	PA4 - Rp1= .313 ( $p < .001$ )*** PA4 - Rp6= .334 ( $p < .001$ )*** PA4 - Rp13= .269 ( $p < .001$ )***	
-	PA5 - Rp4= .679 ( $p < .001$ )***	-
OT1 - K15= .359 ( $p < .001$ )***	OT1 - Rp3= .347 ( $p < .001$ )***	K15 - Rp3= .272 ( $p < .001$ )***
-	OT5 - Rp3= .058 ( $p = .232$ )	-
-	-	K23 - Rp11= .180 ( $p < .001$ )***

Nota. Correlaciones  $> .40$  están en negrita. Valores  $p > .05$  se presentan en celdas grises.  
\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Como se muestra en esta tabla, existe asociación para la mayoría de consecuencias, ya que el valor  $p$  advierte niveles de significación igual o por debajo de .05. Sin embargo, el coeficiente de Spearman sugiere pocos ítems con niveles de asociación superiores a .60, indicando una tendencia general a presentar niveles bajos de correlación.

Además, varias consecuencias del IECI y el B-YAACQ se incluyen en ambos cuestionarios recurriendo a la misma pregunta (ver Apéndice), por lo que en la tabla muestran índices de asociación iguales a 1.

Entre los ítems con valores  $p$  superiores a .05, y por tanto con pobre relación entre ellos destacan: la consecuencia RS10 (*he perjudicado o lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo*) con la Rp18 (*tener una pelea, discusión o mal rollo con un familiar*):  $p = .144$ ; la AP4 (*sentirme deprimido o triste*) con la Rp11 (*haber notado un cambio en tu personalidad*):  $p = .373$ ; la DF4 (*sentirse ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol*) con la K18 (*sentir que necesitaba beber después de levantarme*):  $p = .868$  y con la Rp22 (*sentirse física o psicológicamente dependiente del alcohol*):  $p = .107$ ; la K18 con la Rp10 (*tener síntomas de abstinencia*):  $p = .728$  y con la Rp22:  $p = .102$ ; la K17 (*tener conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir alcohol*) con la Rp23 (*que un amigo, vecino o familiar te haya dicho que dejes de beber o que bebas menos*):  $p = .091$ ; la OT5 (*tener problemas económicos porque he gastado demasiado dinero en alcohol*) con la Rp3 (*perderte ciertas cosas porque te has gastado demasiado dinero en alcohol*):  $p = .232$ .

En el apartado de **síntomas físicos**, la relación de ítems con mayor asociación ( $p \leq .05$ ) incluye: el FS9/K22 (*desmayarse*) con el Rp16 (*desmayarse o perder el conocimiento*); el FS10/K10 (*sentirse mal e incluso he vomitado después de beber*) con el FS5/K1 (*resaca*); el FS6 (*no levantarse a la hora normal*) con el K5 (*sentirse con menos energía*) y con el K1; el FS11/K14 (*despertarse en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegué allí*) con el Rp15 (*encontrarse de repente en un lugar al que no recuerdas haber llegado*); el FS12 (*olvidar cosas que han ocurrido mientras he*

*estado bebiendo) con el K3 (cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo).*

Las consecuencias relacionadas con la **determinación del control** presentan niveles de correlación superiores en el ítem DC5 (*intentado reducir o incluso dejar de consumir alcohol*) con respecto al Rp9 (*intentar controlar tu consumo de alcohol*) y también entre el DC4 (*una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber*) con respecto al K21 (*beber más de lo que había planeado antes de empezar*).

En los síntomas relacionados con la **autopercepción**, el ítem AP3/K16 (*sentirse culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol*) encuentra índices de correlación superiores en su asociación con el ítem K9 (*cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas*).

Destaca la relación de la consecuencia DF3/K24 (*ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos*) con la Rp8 (*sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos*) en los síntomas de **dependencia física**.

Entre las **consecuencias socio-interpersonales** se obtienen índices de relación más elevados en la SI7 (*decir cosas de las que luego me arrepiento*) con la K12 (*hacer cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde*) y la K9 (*cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas*); la SI10 (*mi manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza o bochorno a alguien*) con la Rp5 (*avergonzar a alguien*); la K9 con la Rp5; la SI7 con la K16 (*me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol*); la SI10 con la K16 y la K9 y finalmente entre la SI6 (*cuando bebo digo cosas duras o crueles*) con la Rp5 y la K9.

De los ítems relacionados con las **consecuencias profesionales** se presentan niveles superiores de asociación en el PA5 (*he descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios por causa de la bebida*) con el Rp4 (*ir a clase o al trabajo bajo la influencia del alcohol o borracho*); el K11 (*no he ido a trabajar o he perdido clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber*) con el Rp13 (*haber perdido un día o parte de un día de colegio o trabajo*) y el Rp6 (*no cumplir con tus responsabilidades*); y el PA4 (*he descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios por causa de la bebida*) con el K20 (*he descuidado mis obligaciones con mi familia, trabajo o estudios por beber*).

Para el resto de consecuencias, los índices de correlación obtenidos se sitúan por debajo del .40, indicando niveles de asociación bajos entre ellas.

### **3. PERFIL DE CONSECUENCIAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR INTENSIVO DE ALCOHOL**

Teniendo en cuenta los tres cuestionarios utilizados y la relación entre los ítems mostrada en el apartado anterior, se elabora un perfil completo de consecuencias psicosociales que experimentan los jóvenes CIA. Para ello se extraen las consecuencias en las que los 5 *clusters* obtienen puntuaciones más elevadas.

El perfil de consecuencias obtenido se agrupa en función de la temática o contenido de los ítems. Además, los ítems que mantienen cierta relación (superior a 0.3) se incorporan como subíndices.

Síntomas físicos derivados de la intoxicación:

- He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber (FS5/K1).
- No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol (FS6).
- Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber (FS10/K10).
- Pasar un mal rato (Rp21)
- Me he sentido con menos energía o cansado por beber (K5).
- Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (FS1).
- He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo (FS12).
  - Encontrarte de repente en un lugar al que no recuerdas haber llegado (Rp15).
- Cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo (K3).

Pérdida de control:

- He bebido más de lo que había planeado antes de empezar (DC1/K21).
- A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber (K7).
- Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber (DC4).
- Intentar controlar tu consumo de alcohol (beber solo en ciertos momentos del día, o en ciertos sitios, cambiar el patrón de consumo...) (Rp9).
  - He intentado reducir o incluso dejar de consumir alcohol de esta manera (DC5).

Consecuencias socio-interpersonales:

- Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento (SI7).
- Cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas (K9).
  - Cuando bebo digo cosas duras o crueles (SI6).
  - Mi manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza o bochorno a alguien (SI10).
  - Avergonzar a alguien (Rp5).

Dependencia física:

- Ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme (DF3/K24 y Rp8).

Autopercepción:

- Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol (AP3/K16).
- Consumir alcohol me ha hecho sentirme infeliz (AP2).

Conductas de riesgo:

- Mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que me he arrepentido más tarde (K12).
- He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo (K2).

Consecuencias académicas / profesionales:

- No cumplir con tus responsabilidades (Rp6).

- He descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios por causa de la bebida (PA4).
- No he ido a trabajar o he perdido clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber (K11).
- He descuidado mis obligaciones con mi familia, trabajo o estudios por beber (K20).

## **CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN**



En este apartado se discuten los resultados obtenidos en función de los objetivos propuestos. Además, se plantean algunas de las limitaciones que presenta el estudio, así como futuras líneas de investigación.

El objetivo principal del presente trabajo es **comprobar la utilidad y el ajuste que tienen distintas medidas a la hora de evaluar el patrón de consumo intensivo de alcohol que realizan los jóvenes, tratando de identificar aquellas medidas que resulten más adecuadas para su valoración.**

*Objetivo específico 1.* Determinar las características del patrón de consumo que están realizando los jóvenes evaluados.

La **edad media de inicio** en el consumo de alcohol entre los jóvenes evaluados es superior a la que muestra la Encuesta Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2012), y también a la identificada por Anderson y Baumberg (2006) entre adolescentes europeos de 15 y 16 años. Este dato es esperable si se tiene en cuenta que la muestra evaluada no incluye menores de edad, sino jóvenes mayores de edad en los que la edad de inicio en el consumo siempre ha resultado algo más elevada (Cortés y cols., 2007; Espada y cols., 2000).

Cuando se compara con los resultados obtenidos al evaluar a la población general que incluye desde los 15 a 64 años (EDADES, 2011) se observa el resultado contrario, ya que en este caso los jóvenes entrevistados muestran una edad de inicio en el consumo de alcohol inferior. También se trata de un resultado esperable, ya que no es lo mismo obtener la edad media de inicio en el consumo de alcohol de sujetos homogéneos en edad cronológica (18

a 21 años) que obtener esta misma media de edad de inicio en sujetos muy heterogéneos entre sí (15 a 64 años).

En definitiva, el resultado obtenido avala la investigación previa que ha demostrado una menor edad de inicio en el consumo de alcohol cuanto más joven es la población evaluada, apreciándose un incremento de la misma conforme se evalúa a jóvenes con edades cronológicas superiores (Cortés y cols., 2007; EDADES, 2011; Espada y cols., 2000; Montañana, 2012; Salamó y cols., 2009).

Además, son las mujeres las que muestran un inicio más temprano en la ingesta de alcohol, coincidiendo con lo publicado en 2011 sobre el estudio realizado por la ONG Controla Club (2011). Esto pone de manifiesto las diferencias a la hora de evaluar esta variable en población general y población juvenil, ya que mientras para la primera son los varones los que se inician más precozmente (EDADES, 2011), en población joven las edades se equiparan (Castaño y cols., 2015; ESTUDES, 2012; Montañana 2012), llegando incluso a manifestar una experimentación más temprana las mujeres.

Al centrarse en los CIA se confirma nuevamente los resultados de investigaciones precedentes (Cadaveira, 2009; Calafat, 2007; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2010; Motos, 2013; Motos y Cortés, 2013; Read y cols., 2008), ya que son estos consumidores los que destacan por ser más precoces a la hora de iniciar el consumo de alcohol frente a los NO CIA. Además, se detecta que entre los *clusters* CIA, aquellos que presentan edades de inicio inferiores son los clasificados como *Heavy* de ambos sexos. Esto permite concluir que la edad de inicio en la ingesta de alcohol es menor cuanto más severo es el consumo que se realiza.

También se confirma en esta investigación al evaluar **la frecuencia de consumo**, que son los varones los que realizan un consumo más frecuente de alcohol durante los últimos 6 meses (Cortés y cols., 2010; EDADES, 2013; Salamó y cols., 2010; WHO, 2014). Incluso se determina una mayor frecuencia en los jóvenes CIA respecto a los NO CIA (Babor y cols., 2001; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2010; Montañana, 2012; Motos, 2013; Tronch y cols., 2012; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y Nelson, 2001). En concreto, se encuentran frecuencias más elevadas en los *clusters* más severos, respecto a los que presentan un índice de severidad inferior (*Light* y *Medium*).

Además, el número de consumiciones que suelen ingerirse en un **día de ingesta habitual**, suele elevarse cuando se trata de **días especiales** o de celebración (fiestas patronales, cumpleaños, Nochevieja, etc.). Este incremento se encuentra más presente entre los jóvenes que realizan CIA, sobre todo en los grupos de consumo más extremo. Estos mismos resultados coinciden con los detectados en trabajos anteriores (Montañana, 2012; Montañana y cols., 2012).

Con respecto a la cantidad de **gramos semanales de alcohol ingeridos**, son los hombres los que alcanzan mayores medidas respecto a las mujeres, (Cortés y cols., 2010; EDADES, 2013; WHO, 2014). También se detecta una ingesta de gramos de alcohol superior en aquellos jóvenes que realizan CIA, sea cual sea el *cluster* de procedencia, en comparación con los NO CIA (Anderson y Baumberg, 2006; Brick, 2006; Cortés, 2010; Cortés y cols., 2007; Cortés y cols., 2010; Farke y Anderson, 2007; Montañana, 2012; Motos, 2013; Tronch y cols., 2012). En la presente investigación, los hombres *Heavy* llegan a duplicar e incluso casi triplicar los gramos semanales consumidos, con respecto a los grupos menos severos.

Si se tiene en cuenta la clasificación realizada por la OMS, para la identificación del consumo perjudicial (170 g semanales para las mujeres / 280 g semanales para los hombres), los grupos *Heavy* de ambos sexos presentan índices de prevalencia elevados. Sin embargo, sorprende el porcentaje del grupo de varones *Medium*, en el que una clara mayoría no cumple con los criterios de consumo perjudicial. Esto puede deberse al elevado número de gramos por semana propuesto por la OMS para los hombres (280 g). Si se tiene en cuenta que estos estudiantes están realizando CIA (menos de una vez a la semana), más que un consumo continuo semanal, y que se trata de un grupo *Medium* (214,63 g/semana), es razonable que no estén llegando al número de gramos propuestos, y que por tanto, para la OMS, no los catalogaría como jóvenes que realizan un consumo perjudicial. Esto viene a remarcar la importancia de que las clasificaciones tradicionales revisen sus límites adaptándolos a los nuevos patrones de consumo que han ido perfilándose en los últimos años.

Los días de la semana de máximo consumo son el **jueves, viernes y sábado**, destacando la tendencia de los estudiantes universitarios a utilizar el jueves como día de consumo adyacente al fin de semana (Cortés y cols., 2007; EDADES, 2011; Giménez y cols., 2010; Kuntsche y Gmel, 2013; Montañana, 2012, Motos, 2013). Además, la tendencia por este día es más acentuada entre los jóvenes que realizan ingestas de alcohol más severas, sobre todo en varones. Si bien, a pesar de esta peculiaridad mencionada, continúa siendo el sábado el día de consumo por excelencia para todos los grupos.

También en este caso se utilizan preferentemente dos **métodos de acceso** a la sustancia: profesional y combinado (autoservicio y profesional), lo que indica una preferencia por consumir alcohol en bares o pubs, seguido de la combinación de estos con lugares públicos (Anderson y Baumberg, 2006; ESTUDES, 2012, Montañana, 2012).

Concretamente los jóvenes y en especial los CIA, independientemente de su sexo, suelen recurrir al método profesional los viernes, mientras que los NO CIA suelen utilizarlo tanto los viernes como los otros dos días de mayor consumo (jueves y sábado).

El método de acceso combinado (autoservicio o se sirven ellos mismos + les sirve la bebida un profesional) suele ser más utilizado los jueves y sábados. En concreto son los CIA los que muestran una preferencia mayor, sobre todo cuando se trata de grupos *Medium*. No obstante, los hombres con consumos más intensos (*Heavy*) no solo utilizan este método de acceso jueves y sábados, también lo utilizan los viernes.

Si se relaciona el método de acceso con la cantidad de gramos servidos para cada uno de los días de mayor consumo (jueves, viernes y sábado), se detecta un vínculo tanto en los CIA como en los NO CIA. En los primeros, la diferencia de gramos estándar y reales consumidos es menor los viernes, coincidiendo con acceder al alcohol vía profesionales. Entre los NO CIA, apenas se detectan diferencias de gramos en los tres días de mayor consumo, siendo para todos ellos preferente el método de acceso profesional. De este modo se puede afirmar que el método mediante el cual se accede al alcohol parece influir en la intensidad de consumo realizado. En concreto, recurrir al método de acceso combinado o al autoservicio suele llevar asociados consumos más intensos.

Los **tipos de bebida** más consumidos por los jóvenes son la cerveza y los destilados de alta graduación, lo que coincide nuevamente con el patrón que se refleja en estudios precedentes (Cortés y cols., 2007; ESTUDES, 2012; GIESyT, 2001; Giménez y cols., 2010; Navarrete, 2004; Salamó y cols., 2010). Si bien, aunque algunas investigaciones (GIESyT, 2001; Navarrete, 2004)

advierten de una mayor propensión por parte de los varones a consumir destilados, en el presente estudio se aprecia una equiparación de sexos en lo que respecta al consumo de bebidas destiladas de alta graduación (cubatas y chupitos). No ocurre lo mismo en el consumo de cerveza, la cual continúa dándose en mayor medida entre los varones. Este hecho podría marcar las nuevas dinámicas de consumo que se están imponiendo entre las mujeres, en las que no solo se están equiparando en cuanto a la edad de inicio en el consumo, sino también en el tipo de alcohol que deciden ingerir. Puede decirse que la equiparación con el consumo masculino es cada vez mayor.

Una reflexión adicional sobre el tipo de bebida más consumida que no puede pasar inadvertida es el hecho de que a pesar de darse en mayor medida un consumo de destilados, esto no significa que los fermentados no estén presentes entre los jóvenes, por lo que a la hora de pensar en medidas de control sobre esta sustancia debería incluirse cualquier tipo de alcohol.

En resumen, la delimitación de las características del/la consumidor/a de alcohol de este trabajo permite concluir que la muestra seleccionada está totalmente identificada con el perfil de consumidores intensivos de alcohol que suele encontrarse en los estudios realizados hasta el momento, demostrando además la existencia de diferentes tipos de consumidores intensivos en base a los principales parámetros que definen este consumo (cantidad de alcohol, frecuencia y regularidad del consumo).

<p><i>Objetivo específico 2.</i> Determinar la adecuación del cuestionario AUDIT para detectar el CIA juvenil.</p>
--

En general, se identifica un elevado número de jóvenes CIA que no son clasificados como consumidores de riesgo cuando se utiliza el AUDIT. En

concreto, son los grupos que realizan consumos menos severos los peor identificados, lo que lleva a sugerir que este cuestionario identifica mejor a los *clusters* de consumidores más fuertes o intensos, ya que son estos los que obtienen porcentajes menores de mal clasificados.

En este sentido, los puntos de corte fijados por Cherpitel para la detección del consumo perjudicial (*más de 7 puntos en hombres / más de 5 en mujeres*) muestran una discriminación desajustada cuando se evalúa a los CIA menos intensos, ya que en este caso, los hombres *Light* son los que obtienen puntuaciones menores en el cuestionario, no llegando a ser clasificados como CIA cuando en realidad forman parte de los mismos. Estos resultados se corresponden con los que obtienen otros autores en investigaciones previas (Chung y cols., 2000; Cortés y cols., 2012b; Cortés y cols., 2016; DeMartini y Carey, 2012; Fairlie y cols., 2006; Motos, 2013).

Del conjunto de ítems que incluye el AUDIT, son los tres primeros los que obtienen puntuaciones más elevadas, sobre todo entre los jóvenes que realizan patrones CIA más severos (Chung y cols., 2000; Cortés y cols., 2016; DeMartini y Carey, 2012; Fairlie y cols., 2006). Es por ello lógico que sea esta forma abreviada del instrumento, conocida como AUDIT-C, la más representativa en esta población.

El AUDIT-C incluye preguntas sobre cantidad y frecuencia de consumo de alcohol. En concreto, la tercera pregunta hace referencia a la *frecuencia con la que ingieren 6 o más consumiciones en una ocasión*, la cual pretende identificar la existencia de posibles consumos intensivos. No obstante, sería adecuado mejorar la redacción de este ítem para evaluar con mayor precisión el CIA. Por una parte, la redacción actual no diferencia entre sexos, provocando controversia en la detección del consumo de alcohol en las mujeres (Chavez y

cols., 2011; Courtney y Polich, 2009; Kwo y cols., 1998; Marczinski y cols., 2009; Thomasson, 1995; Wechsler y cols., 1995b; Wechsler y Nelson, 2001). Por otro lado, utiliza el número de consumiciones a pesar de la gran cantidad de críticas que recibe esta manera de medir el consumo (Bonar y cols., 2012; Brick, 2006; DeJong, 2001; Glassman, 2010; Jackson, 2008; Kerr y cols., 2005; Lange y Voas, 2001; Parada y cols., 2011; Perkins y cols., 2001; Read y cols., 2008; Selin, 2003; Stahre y cols., 2006; White y cols., 2005, 2006), proponiéndose como más acertada la utilización de gramos de alcohol puro ingeridos (Brick, 2006; Selin, 2003). Además, el AUDIT-C no acota un periodo temporal que delimite la ingesta de la sustancia, siendo este esencial para su correcta detección (Beirness y cols., 2004; CDC, 2000; Courtney y Polich, 2009; D'Onofrio y cols., 2008; Higson, 2004; Lange y cols., 2002b; Marczinski y cols., 2007; McAlaney y McMahon, 2006; NIAAA, 2004; Page y cols., 2008; Rosón, 2008).

Teniendo en cuenta todos estos comentarios, considerar el tercer ítem como medida del consumo intensivo en el AUDIT es asumir una evaluación poco precisa de este patrón de consumo. Por este motivo, una propuesta lógica a tener en cuenta a la luz de los resultados obtenidos, sería la de adecuar este ítem a la definición de CIA resultante de la investigación precedente, la cual valora la cantidad de alcohol consumido mediante gramos, diferenciando por sexos y asignando un periodo concreto de realización de la ingesta que tiene en cuenta el ritmo de metabolización de la sustancia y el nivel de alcohol en sangre que se alcanza.

En el resto de ítems del instrumento, los referidos a síntomas de dependencia y los que incluyen consecuencias derivadas del consumo, todos los jóvenes en general, independientemente del nivel de intensidad del CIA, obtienen puntuaciones muy bajas. Esto permite identificar otras carencias de

este instrumento, ya que al parecer estos ítems no son representativos para el colectivo de jóvenes que realizan un consumo de riesgo en forma de atracón. Esta misma conclusión se aprecia en las escasas investigaciones precedentes (Cortés y cols., 2012b; Cortés y cols., 2016; Devos-Comby y Lange, 2008; Montañana, 2012; Motos, 2013).

Un posible motivo por el que las puntuaciones sean tan bajas en lo referente a los criterios de dependencia es debido a que en el instrumento se da peso a los síntomas de abstinencia que estos jóvenes todavía no experimentan al encontrarse en un punto intermedio del proceso adictivo (ej. ítem 6 que hace referencia a la *necesidad de consumir alcohol después de levantarse para ponerse en funcionamiento*). Comentario similar puede efectuarse respecto a las consecuencias incluidas en el instrumento, más propias de un consumo de carácter más regular y continuo, lo que nuevamente corresponde a un consumidor muy diferente al joven intensivo (Cortés y cols., 2016; Devos-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2004; Motos, 2013).

Dados todos estos hechos, puede concluirse que resulta poco fiable la utilización del AUDIT como herramienta de detección del consumo de alcohol de riesgo entre los jóvenes CIA (Cortés y cols., 2012b; Cortés y cols., 2016; Montañana, 2012; Motos, 2013). Sólo las tres preguntas iniciales o AUDIT-C, parecen ser las más representativas del colectivo, sin embargo no se ajustan al patrón de consumo intensivo definido por la investigación, por lo que sería necesario revisarlas y ajustarlas, incluyendo el número de gramos consumidos según el sexo, así como el número concreto de horas en las que se está realizando la ingesta. Del mismo modo deberían revisarse los ítems de dependencia, sustituyendo lo referido a síntomas de abstinencia por la tolerancia del consumo –aspecto este que sí manifiestan experimentar los jóvenes-, así

como los relacionados con consecuencias a corto y medio plazo derivadas del consumo.

*Objetivo específico 3.* Evaluar la adecuación de diferentes medidas utilizadas para registrar el CIA y determinar cuáles resultan más adecuadas.

De las variables que componen la definición del CIA, la que obtiene mayor peso en la literatura científica es la **cantidad de alcohol consumido**. En su operacionalización, se ha recurrido en muchas ocasiones al número de consumiciones lo que ha recibido diversas críticas. En este trabajo utilizar este criterio ha puesto de relieve que un elevado número de jóvenes CIA eran mal clasificados. Tomando como referencia el criterio de 6/7 consumiciones, con independencia del sexo, se obtuvieron mayores porcentajes de clasificación errónea a partir de una ingesta de tres consumiciones. Este hecho resulta razonable si se tiene en cuenta que esta medida no valora el tipo de bebida ingerida ni el tamaño de la misma (DeJong, 2001; Greenfield y cols., 2005; Jackson, 2008; Kerr y cols., 2005; Parada y cols., 2011; Perkins y cols., 2001; Wansink y Van Ittersum, 2005; White y cols., 2006). En este sentido, no sería lo mismo la ingesta de tres consumiciones de cerveza, que la de tres consumiciones de ron. Tampoco recurrir a vasos de 300 cc o hacerlo a vasos con capacidad superior de 600 cc.

Además no hay que olvidar dos aspectos. Por un lado, que se incrementa el número de mal clasificados precisamente en la ingesta del sábado, que es el día de consumo por excelencia para todos los grupos evaluados. Por otra parte, que debido a que los CIA tienden a servirse mayor cantidad de alcohol en sus consumiciones que el resto de la población, la probabilidad de obtener mayor número de sujetos mal clasificados se incrementa notablemente, tal como confirman los resultados obtenidos. Todo esto avala el poco ajuste o la

poca precisión en la detección y clasificación de los jóvenes CIA si se utiliza esta medida (Bonar y cols., 2012; Brick, 2006; DeJong, 2001; Glassman, 2010; Jackson, 2008; Kerr y cols., 2005; Lange y Voas, 2001; Parada y cols., 2011; Perkins y cols., 2001; Read y cols., 2008; Selin, 2003; Stahre y cols., 2006; White y cols., 2005, 2006).

La variable gramos se presenta como alternativa al número de consumiciones. En el trabajo se utilizan dos tipos de medidas para valorar esta variable: gramos estándar o UBEs vs gramos reales consumidos. Los resultados muestran discrepancia entre ambos tipos de medida, obteniendo que los jóvenes se sirven y consumen cantidades superiores a lo que marcan los estándares (Brick, 2006; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010; Devos-Comby y Large, 2008; Giménez, y cols., 2013; Giménez y cols., 2010; Graves y Kaskutas, 2002; Montañana, 2012; Montañana y cols., 2012; Selin, 2003; Stockwell y Honig, 1990; White y cols., 2003, 2005). Estas discrepancias se detectan principalmente entre los jóvenes CIA evaluados, mostrando su máxima representación en los *clusters* más severos. Teniendo en cuenta que son estos los que consumen cantidades más elevadas en el consumo de alcohol, es obvio que la diferencia entre gramos reales y estándar fuera además una de las más notables. En el colectivo NO CIA también se advierte esta misma tendencia, aunque la discrepancia percibida no es tan destacada como en el caso de los CIA, llegando a presentar en muchos casos medidas muy cercanas a la estándar. Esto permite concluir que entre los CIA una medida más ajustada a la realidad tendría que contemplar los gramos reales que están ingiriendo. En cambio, para los NO CIA, el uso de gramos estándar no implica una infraestimación, por lo que podría considerarse una medida ajustada para dar cuenta de su patrón de consumo.

Dado que la utilización de los gramos reales resulta en muchas investigaciones una medida costosa y poco práctica y recurrir a los gramos estándares se ha demostrado que infravalora el consumo de los CIAs, se propuso dentro de esta investigación tratar de estimar cual sería la unidad de bebida estándar más ajustada al consumo juvenil, siguiendo el procedimiento de cálculo utilizado en investigaciones previas sobre esta misma temática en poblaciones similares (Giménez y cols., 2011; Montañana, 2012; Montañana y cols., 2012).

Los resultados obtenidos en la presente investigación, permiten proponer como equivalencia de una UBE para jóvenes que suelen recurrir al autoservicio como método de acceso al consumo de alcohol, un total de 12 gramos de alcohol. En este sentido, la correspondencia en gramos y UBEs para cada tipo de bebida quedaría definida de la siguiente manera:

Tabla 108  
*Adaptación de la UBE al consumo de alcohol juvenil*

<b>Cerveza</b>	1 UBE	12 g
<b>Sangría / calimocho</b>	2.5 UBEs	30 g
<b>Bebidas medias (mojito)</b>	2.5 UBEs	30 g
<b>Cubata</b>	2 UBEs	24 g
<b>Chupito</b>	1.5 UBEs	18 g

Por lo que respecta a la **duración de la ingesta durante un episodio CIA**, se ha podido comprobar en la revisión inicial que son varias las investigaciones que defienden el uso del número concreto de horas -en el que se alcance un nivel de alcoholemia en sangre de 0.8 g/l- para registrar la ingesta de alcohol (Beirness y cols., 2004; CDC, 2000; Courtney y Polich, 2009; D'Onofrio y cols., 2008; Higson, 2004; Lange y cols., 2002b; Marcziński y cols., 2007; McAlaney y McMahon, 2006; NIAAA, 2004; Page y cols., 2008;

Rosón, 2008). Los resultados obtenidos en esta investigación confirman una mayor precisión en el registro del CIA utilizando esta variable en contraste con la expresión *única ocasión de consumo*. Esto se detecta principalmente en la ingesta que se realiza el sábado, en el que se obtienen porcentajes superiores de clasificación errónea en función de la duración del episodio CIA. En esta línea Lange y Voas (2002) justificaron el uso de esta variable al ilustrar que el consumo espaciado de alcohol durante un día no llegaría a producir las consecuencias propias del CIA, ya que en ningún momento se alcanzarían los niveles de alcohol en sangre requeridos para su experimentación. Sin embargo, el uso de unas pocas horas para registrar una ingesta masiva sí que reflejaría una acumulación de la sustancia en sangre, y por tanto la experimentación de esas consecuencias.

Al comprobar la media de horas en la que los sujetos de este estudio realizan el CIA, se obtiene un periodo aproximado de 4 horas. Este coincide con el intervalo fijado por el Ministerio de Sanidad y Consumo español al equiparar una sesión de consumo con un periodo de 4-6 horas (MSC, 2008). No obstante, estos resultados difieren de la duración propuesta por el NIAAA (2004), en la que se alude a un intervalo temporal de unas 2 horas. Esto puede deberse a las diferencias culturales a la hora de consumir alcohol, ya que los españoles suelen caracterizarse por presentar un patrón de consumo más pausado. Es por este motivo que se propone la utilización de periodos más largos para registrar la duración del CIA en población española, teniendo siempre en cuenta el alcance de cierto grado de alcoholemia en sangre, producido por la ingesta de 60 o más g en las mujeres y 70 o más g en los hombres.

Por último, se recurre a la **frecuencia de realización** como variable para operacionalizar el CIA. Diversas investigaciones advierten frecuencias inferiores a una vez por semana, tal y como se ha confirmado en esta

investigación (Caamaño-Isorna y cols., 2008; Cortés y cols., 2010; D'Alessio y cols., 2006; Gill y cols., 2007; Herring y cols., 2008; Kypri y cols., 2005; McAlaney y McMahon, 2006; Moore y cols., 1994; Motos, 2013; Pols y Hawks, 1992; Salamó y cols., 2010). Sin embargo, esta frecuencia aumenta o disminuye en función de la severidad del *cluster* y del sexo. En este sentido, hombres con *clusters* más severos son los que llevarían a cabo patrones CIA de manera más frecuente, llegando a realizarlos más de una vez por semana. Este hecho era de esperar si se tiene en cuenta que el patrón de consumo de los hombres presenta ingestas de alcohol con frecuencias superiores al de las mujeres.

Dado que en todos los grupos se realiza esta conducta más de dos veces al mes, lo que supone un incremento notable del riesgo de experimentar consecuencias negativas asociadas a este patrón (Anderson y Baumberg, 2006), se propone incluir la medida de la frecuencia para conseguir una mejor operativización de este patrón de riesgo. Estos resultados son apoyados por investigaciones previas, las cuales refieren la importancia de incluir frecuencias de realización para operacionalizar el CIA (Anderson, 1996; Ham y Hope, 2003; Motos, 2013).

A modo de resumen, esta investigación permite proponer para dar cuenta de **la cantidad de alcohol ingerido** durante el CIA la utilización de una UBE adaptada a los jóvenes, cuya equivalencia sería: 1 UBE = 12 gramos.

Por otra parte, para dar cuenta de **la duración del evento de consumo** se recomienda utilizar periodos temporales más amplios (ej. 4 horas) en los que se tenga en cuenta el ritmo promedio de metabolización del alcohol, lo que avalaría la existencia de consecuencias con mayor o menor perjuicio para los sujetos.

Por último, se sugiere incluir en la definición del CIA la **frecuencia de realización** de este consumo, debido al incremento de consecuencias al que alude la investigación y que marca con mayor claridad el riesgo asociado a este patrón de consumo.

Objetivo específico 4. Teniendo en cuenta tres cuestionarios distintos (IECI, B-YAACQ y RAPI), determinar cuáles son las consecuencias psicosociales derivadas del consumo de alcohol que experimentan los jóvenes. Además, se pretende identificar qué ítems resultan más adecuados para obtener un perfil completo de las consecuencias características de los CIA.

Los resultados sugieren puntuaciones superiores del grupo CIA en los tres cuestionarios utilizados, lo que indica una mayor experimentación de consecuencias y en frecuencias superiores en comparación a los NO CIA. Este hecho no sorprende si se tiene en cuenta que los tres instrumentos miden el mismo constructo: las consecuencias derivadas del patrón de consumo de alcohol por parte de los jóvenes. En particular, se observa un aumento de las puntuaciones conforme lo hace la severidad del *cluster*, tendencia que se corresponde con las obtenidas en estudios anteriores (Cortés y cols., 2012b; Motos, 2013; Gmel y cols., 2010; Motos y cols., 2015; Parada y cols., 2011; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001).

Diferenciando por sexos, Miller y cols. (2005) determinaron que a intensidades inferiores de consumo de alcohol, las mujeres experimentaban menos consecuencias negativas que los hombres. Sin embargo, a intensidades más elevadas las mujeres podían llegar a padecer estas consecuencias en mayor medida que ellos. Este hecho se corresponde con los resultados obtenidos en este trabajo, en el que son las mujeres de *clusters* más severos las que llegan a

obtener calificaciones superiores en los tres cuestionarios, indicando una mayor experimentación de consecuencias psicosociales en comparación a los hombres del mismo nivel. Además, son varios los autores que señalan discrepancias en el tipo de consecuencia experimentada, siendo más comunes aquellas de carácter externo en el caso de los hombres, y de carácter emocional o interno en el de las mujeres (Cortés y cols., 2011; Crick y Zahn-Waxler, 2003; Lo, 1996; Perkins, 2002). Esta tendencia se detecta en el caso de las mujeres *Heavy*, las cuales presentan mayores índices de experimentación en consecuencias relacionadas con la autopercepción como *sentirse culpable, avergonzada o infeliz por el consumo de alcohol*. Si bien, las mujeres de consumos menos severos tienden a equiparar el tipo de consecuencias entre ambos sexos. En los hombres aparecen índices de experimentación más elevados en las conductas de riesgo como por ejemplo *prácticas sexuales de las que luego se arrepienten, asumir riesgos tontos, conducir un vehículo cuando sabían que habían bebido demasiado para hacerlo o meterse en peleas con otra gente*. Esto indica que para ellos también se sigue la tendencia marcada en la literatura.

Mediante el análisis de ítems llevado a cabo en este trabajo en los tres cuestionarios utilizados, se ha podido describir las consecuencias psicosociales más experimentadas y que por tanto, tienen mayor peso a la hora de elaborar un perfil completo de los jóvenes CIA. Estas hacen referencia a los **síntomas físicos** derivados de la intoxicación, la **pérdida de control**, el síntoma de tolerancia asociado a la **dependencia física**, algunos problemas **socio-interpersonales** referidos a *decir o hacer cosas de las que luego se arrepienten o avergonzar a alguien*, de **autopercepción**, llevar a cabo **conductas de riesgo** de carácter más general como *hacer cosas impulsivas o asumir riesgos tontos e impacto en las responsabilidades académicas / profesionales*. Estos resultados son similares a los obtenidos en investigaciones anteriores, en las que se

caracteriza a la población juvenil con varias de estas consecuencias (Cortés y cols., 2011; Devos-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2005; Motos, 2013; Park, 2004; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001).

En el perfil descrito, se presenta el rango de consecuencias detectado para los diferentes *clusters* CIA. No obstante, en el análisis de ítems se identifica además las consecuencias que resultan más características de cada grupo. En este sentido se encuentra un dato curioso. Los hombres con consumos más severos (HHCIA) tienden a obtener calificaciones superiores en el ítem relacionado con el síntoma de abstinencia de la dependencia física (*necesidad de consumir cantidades de alcohol superiores para alcanzar los mismos efectos*), dejando ligeramente por debajo consecuencias tales como la resaca, muy común entre los CIA. Este hecho podría indicar que los HHCIA se van alejando más de las consecuencias comunes del consumo intensivo, y se van acercando a las de la dependencia.

En el caso de los jóvenes NO CIA las consecuencias más destacadas son similares a las de los CIA. Sin embargo, presentan menor cantidad de las mismas y en puntuaciones más bajas, indicando una experimentación con menor frecuencia en comparación al otro grupo.

Tal y como muestran otras investigaciones (Cortés, 2010; Kahler y cols., 2004, 2005; Read y cols., 2006), algunas de las consecuencias que resultan menos experimentadas por esta población son las referentes al **deterioro socio-interpersonal** de carácter más severo (*mi familia afectada por mi consumo de alcohol, algunas personas han llegado a evitarme y experimentar conflictos peleas, discusiones o malos rollos con gente, recibir*

*quejas por la manera de consumir alcohol, volverse grosero, desagradable, u ofensivo después de beber), las **conductas de riesgo** específicas (perjudicar a otra persona mientras estaba bebiendo, realizar prácticas sexuales de riesgo, conducir un vehículo cuando sabía que había bebido demasiado para hacerlo), los síntomas de abstinencia derivados de la **dependencia física** y percepciones relacionadas con la misma (sentirse ansioso o agitado tras dejar de beber o reducir el consumo, sentir que necesitaba beber después de levantarme, sentirse física o psicológicamente dependiente del alcohol y sentir que tenías un problema con el alcohol), **otro tipo de consecuencias** tales como dejar de hacer otras actividades lúdicas, tomar otras drogas o tener problemas económicos, el **síntoma físico** relacionado con desmayarse, ciertas consecuencias **académicas / profesionales** (la calidad de mi trabajo/estudios ha disminuido), algunos ítems relacionados con el **autocuidado** (apariencia física perjudicada y sobrepeso) y la **autopercepción** (sentirse deprimido o sentir que te estabas volviendo loco).*

El estudio llevado a cabo por Cortés y cols. (2007) sobre una muestra de adolescentes y universitarios, comprobó que los jóvenes no refieren una pérdida de control en el consumo, pero sí aluden a beber más de lo planeado o beber en noches que no tenían planeado, o tampoco refieren descuidar sus responsabilidades, pero sí afirman experimentar resaca al día siguiente del consumo o no levantarse a la hora habitual a la que suelen hacerlo, consecuencias que podrían estar afectando a las responsabilidades académicas, laborales y/o familiares de forma indirecta. Así pues, mientras que en su investigación los jóvenes no detectan impacto en el rendimiento pero sí empiezan a detectar consecuencias a menor nivel, en este trabajo las mujeres de consumo más severo sí llegan a presentar puntuaciones elevadas en consecuencias relacionadas con el rendimiento, por lo que ya han empezado a

percibir las. Esta diferencia en los resultados podría deberse a que en el trabajo realizado por estos autores el rango de edad evaluado incluye adolescentes, por tanto población con menor número de años de ingesta que la evaluada en el presente estudio. Puede afirmarse que los resultados obtenidos en esta investigación apoyan que conforme avanzan en edad los consumidores, y cuanto más intenso es el consumo que realizan, mayor probabilidad tienen de experimentar deterioro en el rendimiento.

Teniendo en cuenta esto, es importante valorar qué consecuencias se utilizan para evaluar el consumo de alcohol en los jóvenes, ya que como se ha confirmado en este estudio la intensidad del consumo e incluso la edad del entrevistado juegan papeles importantes en la detección de sus consecuencias. La utilización de unas u otras puede resultar en una estimación más o menos ajustada de las consecuencias que realmente están experimentando. En este sentido, el uso de un perfil completo como el descrito en el trabajo, podría dar una imagen más ajustada de las consecuencias psicosociales experimentadas para jóvenes de 19 a 26 años. Aunque los tres cuestionarios parecen útiles por separado, el IECI obtiene puntuaciones medias totales superiores a las del B-YAACQ y el RAPI, lo que indica una mayor experimentación de los ítems descritos en este cuestionario. Por lo que se podría afirmar que de los tres, este es el que mejor valora el consumo de alcohol juvenil. Sin embargo, puntuaciones elevadas en algunas de las consecuencias descritas en los otros dos instrumentos conduce a sugerir la necesidad de incluir las mismas en el IECI, lo que permitiría disponer de una herramienta más completa para evaluar posibles consecuencias derivadas del CIA. De hecho los propios autores presentan el instrumento como representativo de los CIAs *Medium-Heavy*. Sería interesante valorar el conjunto de consecuencias y comprobar si el instrumento mejora de esta manera en la valoración de los CIA menos intensos.

### **Limitaciones del Estudio**

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, a pesar de identificar a jóvenes con el mismo patrón de consumo observado en otras investigaciones, no son generalizables a todos los jóvenes consumidores intensivos de alcohol, ya que en este caso se trata de una muestra de universitarios y de ciclos formativos con un rango de edad determinado.

Por otro lado, la parte experimental realizada para estimar los gramos a incluir en una unidad de bebida estándar más ajustada al patrón de consumo que realizan los jóvenes presenta limitaciones, algunas comunes a las detectadas en la investigación previa realizada para calcular la UBE española en los años ochenta. En primer lugar, se pregunta acerca de la cantidad de alcohol que suelen servirse los estudiantes cuando se preparan bebidas de diferente graduación, que suelen consumir. Sin embargo, las botellas de las bebidas siempre son las mismas (cerveza, mojito, vodka y cazalla). Por lo que si consumían por ejemplo ron, tuvieron que servirse con la botella de vodka (por la similitud en la graduación) imaginando que estaban sirviéndose la otra bebida.

En segundo lugar, solo se obtienen las medidas en un contexto experimental, no en los lugares donde normalmente consumen el alcohol (casas, lugares públicos, bares, pubs, etc.) y además siempre asistidos por la investigadora, por lo que es posible que la deseabilidad social de los entrevistados haya podido variar la cantidad de alcohol vertida.

Finalmente comentar que el contenido de las botellas no era alcohol sino agua, lo que puede haber distorsionado la imagen de las consumiciones, alterando también la cantidad de alcohol servida.

### **Utilidad del Estudio**

A pesar de ello, una de las utilidades más visibles que presenta este trabajo es la de adaptar la UBE a la cantidad de alcohol que consumen los jóvenes, obteniendo una herramienta de medición más adecuada a esta población. Hecho que resulta esencial para llevar a cabo una correcta detección o valoración de los sujetos y su posible derivación al tipo de intervención más ajustada a sus necesidades. En estos momentos, no se dispone de herramientas o instrumentos de detección adecuados de esta población debido principalmente a la ambigüedad que existe a la hora de clasificar a estos consumidores.

Además, este estudio resulta útil tanto para clarificar el concepto de CIA, como para definir sus diferentes grados de severidad. En primer lugar, su clarificación es decisiva para poner límites y establecer las características de un evento que está completamente extendido entre los jóvenes, y que se manifiesta con la experimentación de un amplio rango de consecuencias negativas para los mismos. Por otro lado, de su definición se puede extraer los distintos grados de severidad de dicho consumo, diferenciando así aquellos que padecen consecuencias de carácter más extremo y más ligero, pudiendo planificar mejor los programas de prevención (selectiva, indicada o universal) en función de si realizan o no CIA, y de la severidad del mismo.

Además a partir del presente trabajo se pueden identificar contenidos a incluir en las estrategias dirigidas a la reducción de la cantidad de alcohol que consumen. Por ejemplo, es importante dar a conocer la equivalencia de las consumiciones que suelen ingerir con la cantidad de gramos de alcohol que incluyen y los efectos y consecuencias de estos atracones sobre su persona a nivel físico y psicosocial. Se pueden utilizar estrategias enfocadas a entrenar a los estudiantes tanto en lo que constituye una bebida estándar, como en su

reconocimiento en recipientes de distintos tamaños (Bonar y cols., 2012), o hacerles conscientes de cómo en función de la intensidad del consumo se van experimentando mayor número de consecuencias que limitan la consecución de algunos de sus objetivos de vida, y cómo entre esas consecuencias aparece progresiva pérdida de control sobre el consumo o el deterioro de las relaciones interpersonales o incluso el reconocimiento de necesitar cada vez más de ese consumo para pasarlo bien.

Un valor añadido de este trabajo es que por primera vez se ha puesto en un único documento todos los resultados derivados de la investigación tan heterogénea que existe sobre esta temática, cuestionándose desde la propia operacionalización de este patrón de consumo hasta la medición de las consecuencias que derivan del mismo. Este trabajo ha permitido verificar todo lo que la investigación, sin contemplar tipos de consumidores intensivos y midiendo el consumo y sus consecuencias de múltiple maneras, ha ido perfilando en los últimos diez años.

### **Líneas Futuras de Investigación**

Destacar tres líneas futuras de investigación que derivan directamente de los resultados obtenidos. Por una parte, es importante que se utilice una medida más precisa para evaluar la cantidad de alcohol consumido por los jóvenes, recurriendo a los gramos reales que vierten en cada consumición, o en su defecto a una potencial UBE adaptada a esta población. Para ello sería conveniente un estudio adicional que ratificara los 12g extraídos en esta investigación fijando la UBE de jóvenes consumidores.

Por otra parte, es importante que en el futuro se valide un cuestionario AUDIT adaptado a los jóvenes, en el que se tenga en cuenta tanto el patrón de consumo que realizan, como las consecuencias que están experimentando.

Finalmente sería interesante realizar una nueva validación del instrumento de consecuencias psicosociales IECI que incluyese los ítems que se ha visto que también son útiles para definir a los jóvenes consumidores intensivos. Esto permitiría disponer de un instrumento más comprensivo del conjunto de consecuencias que pueden experimentar CIAs jóvenes de diferente intensidad.



## **BIBLIOGRAFÍA**



- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones*, 24(1), 17-22.
- Alanko, T. y Poikolainen, K. (1992). A statistical approach to an alcoholic drinking history. *British journal of addiction*, 87(5), 755-766.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2005). *Preventing heavy episodic drinking among youth and young adults: A literature review*. Edmonton, Alberta, Canada.
- Álvarez, F. J. y Del Río, M. C. (1997). Alcohol y seguridad vial. *Seguridad vial y medicina de tráfico*, 161-172.
- Álvarez, F. J. y Del Río, M. C. (1999). Alcohol y accidentes de tráfico: el papel de los médicos en su prevención. *Medicina clínica*, 113(7), 256-258.
- Álvarez, F. J., Del Río, M. C., Sancho, M., Rams, M. A. y González-Luque, J. C. (2000). *Alcohol and illicit drugs among Spanish drivers*. En: Laurell H, Schlyter F, eds. Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Vol 2. Stockholm.
- 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(4), 656-664.
- 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. (1996). *Alcohol and primary health care*. WHO Regional Publications, European Series, N°. 64. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Arata, C. M., Stafford, J. y Tims, M. S. (2003). High school drinking and its consequences. *Adolescence*, 38(151), 567-579.
- Arévalo, J. M., Masip, G. P. y Abecia, L. C. (1997). Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista española de Drogodependencias*, 22(1), 15-34.
- Ariza, C. y Nebot, M. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *Journal of Adolescent Health*, 27(6), 425-433.
- Arranz, J. M. y Gil, A. I. (2006). *Accidentes de tráfico, víctimas mortales y consumo de alcohol*. Madrid: Fundación de las cajas de ahorros. Documento de trabajo número 262/2006.

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT the Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization, 2nd edition.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P. y Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1310-1316.
- Bartoli, F., Carretta, D., Crocamo, C., Schivalocchi, A., Brambilla, G., Clerici, M. y Carrà, G. (2014). Prevalence and correlates of binge drinking among young adults using alcohol: a cross-sectional survey. *BioMed research international, 2014*.
- 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.
- 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, P., Smith, C. y Nugent, Z. (1990). *Binge Drinking in Wales. Good Health Wales Briefing Report 2*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales
- Benton, S. L., Schmidt, J. L., Newton, F. B., Shin, K., Benton, S. A. y Newton, D. W. (2004). College student protective strategies and drinking consequences. *Journal of Studies on Alcohol, 65*(1), 115-121.
- 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.
- Bonar, E. E., Young, K. M., Hoffmann, E., Gumber, S., Cummings, J. P., Pavlick, M. y Rosenberg, H. (2012). Quantitative and qualitative assessment of university students' definitions of binge drinking. *Psychology of addictive behaviors, 26*(2), 187-193.
- Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B. y Patton, G. C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction, 99*(12), 1520-1528.
- Borsari, B. y Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 728-733.
- 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.
- Brewer, R. D. y Swahn, M. H. (2005). Binge drinking and violence. *Jama, 294*(5), 616-618.

- 
- Brick, J. (2006). Standardization of alcohol calculations in research. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 30(8), 1276-1287.
- Brown, S. A. y D'Amico, E. J. (2000). *Facilitating adolescent self-change for alcohol problems: A multiple brief intervention approach*. Presentado en 108<sup>th</sup> Annual Convention on the American Psychological Association. Washington.
- Caamaño-Isorna, F., Corral, M., Parada, M. y Cadaveira, F. (2008). Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(2), 308-312.
- 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 N°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.
- Calafat, A., Adrover, D., Juan, M. y Blay, N. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. *Revista Española Salud Pública*, 82(3), 323-331.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17(3), 193-202.
- Carey, K. B. (2001). Understanding binge drinking: introduction to the special issue. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 283-286.
- Carruthers, S. J. y Binns, C. W. (1992). The standard drink and alcohol consumption. *Drug and alcohol review*, 11(4), 363-370.
- Castaño, G. A., García, J. A. y Marzo, J. C. (2015). Factores predictores en la edad de inicio del consumo de alcohol. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32.
- Centers for Disease Control (CDC) (2000). Youth risk behavior surveillance -United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report (CDC Surveillance Summaries)*, 49, SS-5.
- Clapp, J. D., Lange, J., Min, J. W., Shillington, A., Johnson, M. y Voas, R. (2003). Two studies examining environmental predictors of heavy drinking by college students. *Prevention Science*, 4(2), 99-108.
- Collins, S. E. y Carey, K. B. (2005). Lack of effect for decisional balance as a brief motivational intervention for at-risk college drinkers. *Addictive behaviors*, 30(7), 1425-1430.

- 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.
- Comas, D. (1990). *El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: CIDE.
- Controla Club, (2011). *Estudio psicosocial sobre hábitos de consumo de drogas*. 14ª Edición campaña: Si te pasas te lo pierdes. Valencia.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, (4), 101-117.
- 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., Espejo, B. y Giménez, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), 357-372.
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez, J. A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20(3), 396-402.
- Cortés, M. T., Espejo, B., Giménez, J. A. y Motos, P. (2011). *Evaluación de las consecuencias psicosociales que derivan del consumo intensivo de alcohol en estudiantes universitarios*. Trabajo presentado en las XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Madrid.
- Cortés, M. T., 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., Espejo, B., Tomás, I. y Motos, P. (2012a). *Instrumento de Evaluación del Consumo Intensivo de Alcohol*. Informe interno del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).
- Cortés, M. T., Giménez, J. A., Motos, P. y Sancerni, M. D. (2016). Different versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as screening instruments for underage binge drinking. *Drug and alcohol dependence*, 158, 52-59.
- Cortés, M. T., Luque, L., Giménez, J. A. y Motos, P. (2012b). *Utilidad del AUDIT para identificar jóvenes consumidores intensivos de alcohol en España y Argentina*. Trabajo presentado en las XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Tarragona.
- Courtney, K. E. y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological bulletin*, 135(1), 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(11), 1896-1905.
- Crick, N. R. y Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and psychopathology*, 15(3), 719-742.
- Chatterji, P., Dave, D., Kaestner, R. y Markowitz, S. (2004). Alcohol abuse and suicide attempts among youth. *Economics & Human Biology*, 2(2), 159-180.
- Chavez, P. R., Nelson, D. E., Naimi, T. S. y Brewer, R. D. (2011). Impact of a new gender-specific definition for binge drinking on prevalence estimates for women. *American journal of preventive medicine*, 40(4), 468-471.
- Cheripitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S. y Giesbrecht, N. (2003). A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: Data from the emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP). *Addiction*, 98(9), 1277-1286.
- Cheripitel, C. J., Tam, T., Midanik, L., Caetano, R. y Greenfield, T. (1995). Alcohol and non-fatal injury in the US general population: a risk function analysis. *Accident Analysis & Prevention*, 27(5), 651-661.
- Cho, Y. I., Johnson, T. P. y Fendrich, M. (2001). Monthly variations in self-reports of alcohol consumption. *Journal of studies on alcohol*, 62(2), 268-272.
- Christiansen, M., Vik, P. W. y Jarchow, A. (2002). College student heavy drinking in social contexts versus alone. *Addictive Behaviors*, 27(3), 393-404.
- Chung, T., Colby, S. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Spirito, A. y Monti, P. M. (2000). Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *Journal of studies on alcohol*, 61(4), 579-587.
- Daepfen, J. B., Anex, F., Leutwyler, J., Gammeter, R., Darioli, R. y Pecoud, A. (2005). Binge drinking in 19 year old men. *Swiss Medical Weekly*, 135, 179-183.
- D'Alessio, M., Baiocco, R. y Laghi, F. (2006). The problem of binge drinking among Italian university students: a preliminary investigation. *Addictive behaviors*, 31(12), 2328-2333.
- D'Amico, E. J., Metrik, J., McCarthy, D. M., Frissell, K. C., Applebaum, M. y Brown, S. A. (2001). Progression into and out of binge drinking among high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 341-349.
- Dawson, D. A (1998). Measuring alcohol consumption: Limitations and prospects for improvement. Commentaries. Author's reply. *Addiction*, 93(7), 965-968.

- Dawson, D. A. (2003). Methodological issues in measuring alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 27(1), 18-29.
- Dawson, D. A. y Room, R. (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö Conference overview. *Journal of substance abuse*, 12(1), 1-21.
- 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.
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1635.
- Del Río (2002). Alcohol, jóvenes y accidentes de tráfico. *Trastornos Adictivos*; 4(1), 20-27.
- DeMartini, K. S. y Carey, K. B. (2012). Optimizing the use of the AUDIT for alcohol screening in college students. *Psychological assessment*, 24(4), 954.
- Devos-Comby, L. y Lange, J. E. (2008). Standardized Measures of Alcohol-Related Problems: A Review of Their Use Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 349-361.
- 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.
- 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 Christououlos, A. (2005). *Assessment Research Project (ANARP), The 2004 National Alcohol Needs Assessment for England*. London: Department of Health.
- Duffy, J. (1985). Questionnaire measurement of drinking behaviour in sample surveys. *J Official Stat*, 1, 229-234.
- Dufour, M. C. (2001). If you drink alcoholic beverages do so in moderation: what does this mean?. *The Journal of nutrition*, 131(2), 552S-561S.
- Duncan, D. F. (1997). Chronic drinking, excessive episodic consumption and drunk driving. *Psychological reports*, 80(2), 681-682.
- Dupuis, M., Baggio, S., Henchoz, Y., Deline, S., N'Goran, A., Studer, J., Bähler, C., Mohler-Kuo, M. y Gmel, G. (2014). Risky single occasion drinking frequency and alcohol-related consequences: can abstinence during early adulthood lead to alcohol problems?. *Swiss medical weekly*, 144, w14017.

- Earleywine, M., LaBrie, J. W. y Pedersen, E. R. (2008). A brief Rutgers Alcohol Problem Index with less potential for bias. *Addictive behaviors*, 33(9), 1249-1253.
- Ehlers, C. L., Phillips, E., Finnerman, G., Gilder, D., Lau, P. y Criado, J. (2007). P3 components and adolescent binge drinking in Southwest California Indians. *Neurotoxicology and Teratology*, 29(1), 153-163.
- Engineer, R., Philips, A., Thompson, J. y Nicholls, J. (2003). *Drunk and disorderly, a qualitative study of binge drinking among 18 to 24 year olds*. London: Home Office Research Studies.
- Epstein, E. E., Kahler, 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*, 12, 57-64
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Botvin, G. J. y Méndez, X. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 84, 9-17.
- European Union (2010). *Special Eurobarometer 331: EU citizens' attitudes towards alcohol*. Brussels: EU.
- Fairlie, A. M., Sindelar, H. A., Eaton, C. A. y Spirito, A. (2006). Utility of the AUDIT for screening adolescents for problematic alcohol use in the emergency department. *International journal of adolescent medicine and health*, 18(1), 115-122.
- Farke, W. y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, 19(4), 333-340.
- Fillmore, M. T. y Jude, R. (2011). Defining “binge” drinking as five drinks per occasion or drinking to a 0.08% BAC: which is more sensitive to risk?. *The American Journal on Addictions*, 20(5), 468-475.
- Foss, R. D. y Goodwin, A. H. (2014). Distracted driver behaviors and distracting conditions among adolescent drivers: Findings from a naturalistic driving study. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), S50-S60.
- Fryer, K., Jones, O. y Kalafatelis, E. (2011). *ALAC alcohol monitor—Adults & youth: 2009–10 drinking behaviours report*. Wellington: Alcohol Advisory Council of New Zealand.
- 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).

- GIESyT (2001). *El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia*. Universidad de Extremadura. Consejería de Cultura y Patrimonio.
- 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(2), 109-120.
- Gill, J. S., Donaghy, M., Guise, J. y Warner, P. (2007). Descriptors and accounts of alcohol consumption: methodological issues piloted with female undergraduate drinkers in Scotland. *Health education research*, 22(1), 27-36.
- Gill, J., Murdoch, J. y O'May, F. (2009). *Binge Drinking, a Commentary*. New York: Nova Publishers.
- Giménez, J. A. y Cortés, M. T. (2000). *La conducción bajo la influencia del alcohol: Estrategias de intervención*. Comunicación presentada en las X Jornadas Socidrogalcohol de la Comunidad Valenciana, Alcoy.
- Giménez, J. A., Cortés, M. T. y Motos, P. (2011). *Is still being useful the Standard Drink Unit in the assessment of consumption patterns by youngsters in Spain*, presentada en el Congreso Internacional Global Addiction, Lisbon.
- Giménez, J. A., Cortés, M. T. y Motos, P. (2013). *Usefulness of the Standard Drink Unit in the evaluation of consumption on female college students*, presentada en el International Psychological Applications Conference and Trends, Madrid.
- Giménez, J. A., Cortés, M. T., Motos, P. y Soler, E. (2010). "La Unidad de Bebida Estándar" como registro de consumo de alcohol de los universitarios dentro del botellón, presentada en las XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Oviedo.
- Giménez, J. A., Motos, P. y Cortés, M. T. (2014). Factores asociados en la relación alcohol-conducción en jóvenes conductores. *Salud y Drogas*, 14(1), 15-26.
- Glassman, T. J. (2010). Alcohol measures and terms: A perfect storm for chronic confusion. *Journal of American College Health*, 58, 397-399.
- Gmel, G., Kuntsche, E., Wicki, M. y Labhart, F. (2010). Measuring alcohol-related consequences in school surveys: Alcohol-attributable consequences or consequences with students' alcohol attribution. *American journal of epidemiology*, 171(1), 93-104.
- Gmel, G., Kuntsche, E. y Rehm, J. (2011). Risky single-occasion drinking: bingeing is not bingeing. *Addiction*, 106(6), 1037-1045.
- Gmel, G., Rehm, J. y Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht*, 49(2), 105-116.
- Gmel, G., Gaume, J., Faouzi, M., Kulling, J.P. y Daeppen, J.B. (2008). Who drinks most of the total alcohol in young men -risky single occasion drinking as normative behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 692-697.

- Goudriaan, A. E., Grekin, E. R. y Sher, K. J. (2007). Decision making and binge drinking: a longitudinal study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(6), 928-938.
- Graves, K. y Kaskutas, L. A. (2002). Beverage choice among native American and African American urban women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 218-222.
- Greenfield, L. A. y Henneberg, M. A. (2001). Victim and offender self-reports of alcohol involvement in crime. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 20-31.
- Greenfield, T. K. (2000). Ways of measuring drinking patterns and the difference they make: experience with graduated frequencies. *Journal of substance abuse*, 12(1), 33-49.
- Greenfield, T. K. y Kerr, W. C. (2008). Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction*, 103(7), 1082-1099.
- Griffiths, S., Lau, J. T., Chow, J. K., Lee, S. S., Kan, P. Y. y Lee, S. (2006). Alcohol use among entrants to a Hong Kong University. *Alcohol and Alcoholism*, 41(5), 560-565.
- Gruza, R. A., Norberg, K. E. y Bierut, L. J. (2009). Binge drinking among youths and young adults in the United States: 1979–2006. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(7), 692-702.
- Gual, A., Rodríguez-Martos, A., Lligoña, A. y Llopis, J. J. (1999). Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies?. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2), 153-160.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Turrisi, R. y Johansson, M. (2005). Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. *American Journal of Public Health*, 95(5), 894-899.
- Ham, L. S. y Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 23(5), 719-759.
- 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., de Verdier, M. G., Andréasson, S. y Leifman, A. (1995). Alcohol Consumption and Stroke Mortality 20-Year Follow-up of 15 077 Men and Women. *Stroke*, 26(10), 1768-1773.
- Hanson, D. J. y Engs, R. C. (1992). College students' drinking problems: A national study, 1982–1991. *Psychological Reports*, 71(1), 39-42.
- Hartley, D. E., Elsabagh, S. y File, S. E. (2004). Binge drinking and sex: effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 78(3), 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.
- Herman, A. I., Philbeck, J. W., Vasilopoulos, N. L. y Depettillo, P. B. (2003). Serotonin transporter promoter polymorphism and differences in alcohol consumption behaviour in a college student population. *Alcohol and Alcoholism*, 38(5), 446-449.
- Herring, R., Berridge, V. y Thom, B. (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(6), 476-479.
- Hingson, R. W., Assailly, J. P. y Williams, A. F. (2004). Underage drinking: frequency, consequences, and interventions. *Traffic injury prevention*, 5(3), 228-236.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A. y Wechsler, 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., Zha, W. y Weitzman, E. R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, (16), 12-20.
- Hingson, R. y Kenkel, D. (2004). *Social, health, and economic consequences of underage drinking*. In: National Research Council and Institute of Medicine, ed. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: National Academies Press.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M. y Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26, 259-279.
- Hingson, R. y Howland, J. (1987). Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(3), 212-219.
- Huchting, K., Lac, A. y LaBrie, J. W. (2008). An application of the theory of planned behavior to sorority alcohol consumption. *Addictive behaviors*, 33(4), 538-551.
- Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M. A., van Hasselt, N., Calafat, A., Kosir, M., Juan, M., Duch, M. y Voorham, L. (2011). Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 918.

- 
- Institute of Alcohol Studies (IAS) (2007). *Binge Drinking: Medical and Social Consequences*. Institute of Alcohol Studies. United Kingdom
- International Center for Alcohol Policies (ICAP) (1997). *ICAP Reports 2. The Limits Of Binge Drinking*. Washinton: ICAP.
- Isralowitz, R. y Reznik, A. (2006). Brief report: Binge drinking among high-risk male and female adolescents in Israel. *Journal of adolescence*, 29(5), 845-849.
- 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(2), 198-209.
- Jackson, K. M. (2008). Heavy episodic drinking determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 68-77.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 13(4), 673-684.
- Jennison, K. M. (2004). The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college: a 10-year follow-up study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 30(3), 659-684.
- Jessor, R., Costa, F. M., Krueger, P. M. y Turbin, M. S. (2005). A Developmental Study of Heavy Episodic Drinking Among College Students: The Role of Psychosocial and Behavioral Protective and Risk Factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 86-94.
- 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(1), 63-77.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (1995). *National Survey Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study 1975-1994*. National Institute on Drug Abuse, Rockville, Maryland.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (2001). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2000*. NIH Publication No. 01-4924, Vol. 1. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Kahler, C. W., Strong, D. R. y Read, J. P. (2005). Toward efficient and comprehensive measurement of the alcohol problems continuum in college students: The Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(7), 1180-1189.

- Kaskutas, L. A. y Graves, K. (2000). An alternative to standard drinks as a measure of alcohol consumption. *Journal of substance abuse*, 12(1), 67-78.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E. y Salonen, J. T. (1997). Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. *Bmj*, 315(7112), 846-851.
- Keller, S., Maddock, J. E., Laforge, R. G., Velicer, W. F. y Basler, H. D. (2007). Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive behaviors*, 32(3), 505-515.
- Kerr, W. C., Greenfield, T. K., Tujague, J. y Brown, S. E. (2005). A drink is a drink? Variation in the amount of alcohol contained in beer, wine and spirits drinks in a US methodological sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(11), 2015-2021.
- Kerr, W. C., Patterson, D. y Greenfield, T. K. (2009). Differences in the measured alcohol content of drinks between black, white and Hispanic men and women in a US national sample. *Addiction*, 104(9), 1503-1511.
- Kim, E. L., Larimer, M. E., Walker, D. D. y Marlatt, G. A. (1997). Relationship of alcohol use to other health behaviors among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(3), 166-173.
- King, A. C., Houle, T., Wit, H., Holdstock, L. y Schuster, A. (2002). Biphasic alcohol response differs in heavy versus light drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(6), 827-835.
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R. y Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among US college students. *Journal of studies on alcohol*, 63(3), 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.
- Kuntsche, E. y Gmel, G. (2013). Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood – where is the problem? *Swiss Medical Weekly*, 143:w13826.
- Kuntsche, E., Gmel, G., Wicki, M., Rehm, J. y Grichting, E. (2006). Disentangling gender and age effects on risky single occasion drinking during adolescence. *The European Journal of Public Health*, 16(6), 670-675.
- Kuntsche, E., Rehm, J. y Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social science & medicine*, 59(1), 113-127.
- Kwo, P. Y., Ramchandani, V. A., O'Connor, S., Amann, D., Carr, L. G., Sandrasegaran, K., Kopecky, K.K. y Li, T. K. (1998). Gender differences in alcohol metabolism: relationship to liver volume and effect of adjusting for body mass. *Gastroenterology*, 115(6), 1552-1557.

- Kypri, K., Langley, J. y Stephenson, S. (2005). Episode-centred analysis of drinking to intoxication in university students. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 447-452.
- Kypri, K., Paschal, M. J., Langley, J., Baxter, J., Cashell-Smith, M. y Bourdeau B. (2009). Drinking and alcohol-related harm among New Zealand university students: findings from a natural web-based survey. *Alcohol Clin Exp Res*, 33, 307-314.
- Laapotti, S., Keskinen, E. y Rajalin, S. (2003). Comparison of young male and female drivers' attitude and self-reported traffic behaviour in Finland in 1978 and 2001. *Journal of Safety Research*, 34(5), 579-587.
- LaBrie, J. W., Lamb, T. F., Pedersen, E. R. y Quinlan, T. (2006). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related consequences in adjudicated college students. *Journal of College Student Development*, 47(3), 267-280.
- LaBrie, J. W., Pedersen, E. R. y Tawalbeh, S. (2007). Classifying risky-drinking college students: another look at the two-week drinker-type categorization. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(1), 86.
- Lange, J. E., Clapp, J. D., Turrisi, R., Reavy, R., Jaccard, J., Johnson, M. B., Voas, R.B. y Larimer, M. (2002a). College binge drinking: What is it? Who does it?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(5), 723-730.
- Lange, J. E., Voas, R. B. y Johnson, M. B. (2002b). South of the border, a legal haven for underage drinking. *Addiction*, 97(9), 1195-1203.
- Lange, J. E. y Voas, R. B. (2001). Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 310-316.
- 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.
- Lemmens, P. H. (1994). The alcohol content of self-report and 'standard' drinks. *Addiction*, 89(5), 593-601.
- Leon, D. A., Chenet, L., Shkolnikov, V. M., Zakharov, S., Shapiro, J., Rakhmanova, G., Vassin, S. y McKee, M. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what?. *The lancet*, 350(9075), 383-388.
- Lewis, M. A. y Neighbors, C. (2006). Social Norms Approaches Using Descriptive Drinking Norms Education: A Review of the Research on Personalized Normative Feedback. *Journal of American College Health*, 54(4), 213-218.

- Livingston, M. (2013). Testing different thresholds for risky episodic drinking—What's so special about five drinks?. *Drug and alcohol dependence*, 133(1), 248-253.
- Lo, C. C. (1996). Are women heavier drinkers than we thought they were?. *Journal of studies on alcohol*, 57(5), 531-535.
- López, C., Fernández, S., Fernández, J.R., Campillo, A. y Secades, R. (2012). Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problema Index (RAPI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 251-264.
- Llopis, J. J., Gual, A. y Rodríguez-Martos, A. (2000). Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones*, 12(1), 11-19.
- Macdonald, S., Cherpitel, C. J., Borges, G., DeSouza, A., Giesbrecht, N. y Stockwell, T. (2005). The criteria for causation of alcohol in violent injuries based on emergency room data from six countries. *Addictive behaviors*, 30(1), 103-113.
- Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. y Simpur, J. (2001). Episodic heavy drinking in four Nordic countries: a comparative survey. *Addiction*, 96 (11), 1575-1588.
- 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(9344), 1448-1454.
- Mallett, K. A., Marzell, M., Varvil-Weld, L., Turrisi, R., Guttman, K. y Abar, C. (2011). One-time or repeat offenders? An examination of the patterns of alcohol-related consequences experienced by college students across the freshman year. *Addictive behaviors*, 36(5), 508-511.
- 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.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., Somers, J.M. y Williams, E. (1998). Screening and Brief Intervention for High-Risk College Student Drinkers Results From a 2-Year Follow-Up Assessment. *Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 604-615.
- Martens, M. P., Ferrier, A. G., Sheehy, M. J., Corbett, K., Anderson, D. A. y Simmons, A. (2005). Development of the protective behavioral strategies survey. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 698-705.

- Martens, M. P., Taylor, K. K., Damann, K. M., Page, J. C., Mowry, E. S. y Cimini, M. D. (2004). Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative alcohol-related consequences in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 390.
- McAlaney, J. y McMahon, J. (2006). Establishing rates of binge drinking in the uk: anomalies in the data. *Alcohol and Alcoholism*, 41(4), 355-357.
- McCabe, S. E. (2002). Gender Differences in Collegiate Risk Factors for Heavy Episodic Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(1), 49-56.
- McCarty, C. A., Ebel, B. E., Garrison, M. M., DiGiuseppe, D. L., Christakis, D. A. y Rivara, F. P. (2004). Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. *Pediatrics*, 114(3), 714-719.
- Measham, F. (1996). The 'big bang' approach to sessional drinking: changing patterns of alcohol consumption amongst young people in North West England. *Addiction research*, 4(3), 283-299.
- Measham, F. y Brain, K. (2005). 'Binge' drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication. *Crime, media, culture*, 1(3), 262-283.
- Midanik, L. (1999). Over-reports of recent alcohol consumption in a clinical population: a validity study. *Drug and Alcohol Dependence*, 9(2), 101-110.
- Miller, J. W., Gfroerer, J. C., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Mokdad, A. y Giles, W. H. (2004). Prevalence of adult binge drinking: a comparison of two national surveys. *American journal of preventive medicine*, 27(3), 197-204.
- Miller, J. W., Naimi, T. S., Brewer, R. D. y Jones, S. E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1), 76-85.
- 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(5), 461-468.
- Miller, W. R., Heather, N. y Hall, W. (1991). Calculating standard drink units: international comparisons. *British journal of addiction*, 86(1), 43-47.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. y Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. *Project MATCH monograph series*, 4(95), 3911.
- 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.
- Montañana, E. (2012). *Utilidad de diferentes medidas de evaluación del consumo intensivo de alcohol que realizan los jóvenes*. Trabajo Final de Máster. Universitat de València.

- Montañana, E., Tronch, M., Motos, P., Giménez, J.A. y Cortés, M.T. (2012). "Unidad de Bebida Estándar" como registro del consumo de alcohol juvenil en España, presentada en el IX Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología, Elche.
- Moore, L., Smith, C. y Catford, J. (1994). Binge drinking: prevalence, patterns and policy. *Health Education Research*, 9(4), 497-505.
- Mota, N., Álvarez-Gil, R., Corral, M., Rodríguez, S., Parada, M., Crego, A., Caamaño-Isorna, F. y Cadaveira, F. (2010). Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 372-377.
- Motos, P. (2013). *Determinantes del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios* (Tesis doctoral). Facultat de Psicologia, Universitat de València, España.
- Motos, P. y Cortés, M. T. (2013). *Consecuencias asociadas al patrón de consumo intensivo de alcohol en universitarios*. Trabajo presentado en la I Jornada científica de jóvenes investigadores en la Universitat de València.
- Motos, P., Cortés, M. T., Giméne, J. A. y Cadaveira, F. (2015). Predictors of weekly alcohol drinking and alcohol-related problems in binge-drinking undergraduates. *Adicciones*, 27(2).
- 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.
- 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(3), 242-248.
- Mushquash, A. R., Sherry, S. B., Mackinnon, S. P., Mushquash, C. J. y Stewart, S.H. (2014). Heavy episodic drinking is a trait-state: a cautionary note. *Substance Abuse*, 35(3), 222-225.
- Nadeau, L., Guyon, L. y Bourgault, C. (1998). Heavy drinkers in the general population: comparison of two measures. *Addiction Research*, 6(2), 165-187.
- Naimi, T. S., Brewer, R. D., Mokdad, A., Denny, C., Serdula, M. K. y Marks, J. S. (2003). Binge drinking among US adults. *Jama*, 289(1), 70-75.
- Naimi, T. S., Town, M., Mokdad, A. H. y Brewer, R. D. (2006). Health care access among US adults who drink alcohol excessively: missed opportunities for prevention. *Prev Chronic Dis*, 3(2), A53.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2004). Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*, 3(3).

- 
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. Madrid.
- Nayak, M. B., Kerr, W., Greenfield, T. K. y Pillai, A. (2008). Not all drinks are created equal: implications for alcohol assessment in India. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 713-718.
- Nazareth, I., Walker, C., Ridolfi, A., Aluoja, A., Bellon, J., Geerlings, M., Svab, I., Xavier, M. y King, M. (2011). Heavy Episodic Drinking in Europe: A Cross Section Study in Primary Care in Six European Countries. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5), 600-606.
- Neighbors, C., Larimer, M. E. y Lewis, M. A. (2004). Targeting misperceptions of descriptive drinking norms: efficacy of a computer-delivered personalized normative feedback intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 434-447.
- Neighbors, C., Walker, D. D. y Larimer, M. E. (2003). Expectancies and evaluations of alcohol effects among college students: self-determination as a moderator. *Journal of studies on alcohol*, 64(2), 292-300.
- 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., 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(9), 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.
- 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'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Bachman, J.G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol, Health and Research World*, 22(2) 85-93.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (2014). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012*. En informe 2013, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (2014). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2011*. En informe 2013, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (2016). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013*. En informe 2015, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (PNSD).
- 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.
- O'Hare, T. M. (1990). Drinking in college: consumption patterns, problems, sex differences and legal drinking age. *Journal of studies on alcohol*, 51(6), 536-541.
- 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: do popular perceptions match reality?. *American journal of preventive medicine*, 26(3), 230-233.
- Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D., Mueller, S., y Demmel, R. (2014). Direct and indirect effects of alcohol expectancies on alcohol-related problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 20-30.
- Page, R. M., Ihasz, F., Hantiu, I., Simonek, J., y Klarova, R. (2008). Social normative perceptions of alcohol use and episodic heavy drinking among Central and Eastern European adolescents. *Substance use & misuse*, 43(3-4), 361-373.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Holguín, S. R. y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23(1), 53-63.
- Park, C. L. (2004). Positive and negative consequences of alcohol consumption in college students. *Addictive Behaviors*, 29, 311-321.
- Park, C. L. y Grant, C. (2005). Determinants of positive and negative consequences of alcohol consumption in college students: Alcohol use, gender, and psychological characteristics. *Addictive behaviors*, 30(4), 755-765.
- Paul, L. A., Grubaugh, A. L., Frueh, B. C., Ellis, C. y Egede, L. E. (2011). Associations between binge and heavy drinking and health behaviors in a nationally representative sample. *Addictive behaviors*, 36(12), 1240-1245.
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, (14), 91-100.

- Perkins, H., 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(4), 317-320.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2007). *Informe sobre Alcohol*. Madrid: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2016). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2014-2015*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pols, R. G. y Hawks, D. V. (1992). "Is there a safe level of alcohol consumption for men and women?" Some progress. *Drug and alcohol review*, 11(4), 339-342.
- Presley, C. A., Meilman, P. W. y Lyerla, R. (1993). *Alcohol and Drugs on America College Campuses Environment. Volume I: 1989-1991*. Carbondale: The Core Institute, Southern Illinois University.
- Presley, C. A., Meilman, P. W., y Lyerla, R. (1994). Development of the Core Alcohol and Drug Survey: Initial findings and future directions. *Journal of American College Health*, 42(6), 248-255.
- Ray, A. E., Turrisi, R., Abar, B. y Peters, K. E. (2009). Social-cognitive correlates of protective drinking behaviors and alcohol-related consequences in college students. *Addictive behaviors*, 34(11), 911-917.
- 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. *Addictive behaviors*, 33(2), 225-234.
- Read, J. P., Kahler, C. W., Strong, D. R. y Colder, C. R. (2006). Development and preliminary validation of the young adult alcohol consequences questionnaire. *Journal of studies on alcohol*, 67(1), 169-177.
- Reial Automòbil Club de Catalunya (RACC) (2009). *Los jóvenes: Alcohol y conducción*. Madrid: RACC.
- Reifman, A., Barnes, G. M., Dintcheff, B. A., Farrell, M. P. y Uhteg, L. (1998). Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents. *Journal of studies on alcohol*, 59(3), 311-317.
- 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.
- Room, R. (1990) Measuring alcohol consumption in the United States: methods and rationales, *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 10, 39-80.

- Room, R., Babor, T. y Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The lancet*, 365(9458), 519-530.
- Rosón, B. (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin*, 69(1), 29-44.
- Rossow, I., Parnanen, K. y Rehm, J. (2001). *Alcohol, suicide and violence*. En: Klingemann, H. y Gmel, G. (eds.). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, 93-112. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Salamó, A., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 189-195.
- Schaus, J.F., Sole, M.L., McCoy, T.P., Mullett, N., Bolden, J., Sivasithamparam, J. y O'Brien, M.C. (2009). Screening for High-Risk Drinking in a College Student Health Center: Characterizing Students Based on Quantity, Frequency, and Harms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 16, 34-44.
- Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, 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(3), 289-304.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Selin, K. H. (2003). Test-retest reliability of the alcohol use disorder identification test in a general population sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(9), 1428-1435.
- 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(4), 819-835.
- Shield, K. D., Gmel, G., Patra, J. y Rehm, J. (2012). Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption. *Population Health Metrics*, 9, 1-14.
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1995). Alcohol consumption measures. *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*, 2, 75-99.
- Stahre, M., Naimi, T., Brewer, R. y Holt, J. (2006). Measuring average alcohol consumption: the impact of including binge drinks in quantity-frequency calculations. *Addiction*, 101(12), 1711-1718.
- Stockwell T. y cols., (2002) *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Geneva: World Health Organization.
- Stockwell, T. (1993). Influencing the labelling of alcoholic beverage containers: informing the public. *Addiction*, 88(s1), 53S-60S.

- Stockwell, T. (1994). Would standard drink labelling result in more accurate self-reports of alcohol consumption?. *Addiction*, 89(12), 1703-1704.
- Stockwell, T. y Honig, F. (1990). Labelling alcoholic drinks: percentage proof, original gravity, percentage alcohol or standard drinks?. *Drug and alcohol review*, 9(1), 81-89.
- Stockwell, T., Zhao, J., Chikritzhs, T. y Greenfield, T. K. (2008). What did you drink yesterday? Public health relevance of a recent recall method used in the 2004 Australian National Drug Strategy Household Survey. *Addiction*, 103(6), 919-928.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2007). *Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National finding*. Rockville: SAMHSA Office of Applied Studies.
- Swahn, M. H., Simon, T. R., Hammig, B. J. y Guerrero, J. L. (2004). Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addictive behaviors*, 29(5), 959-963.
- 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, 373-381.
- Syre, T. R., Pesa, J. A. y Cockley, D. (1999). Alcohol problems on college campuses escalate in 1997-1998: Time for action. *College Student Journal*, 33(1), 82-86.
- Thomasson, H. R. (1995). *Recent Developments in Alcoholism: Volume 12: Alcoholism and Women*. New York.
- 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 and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(3), 317-325.
- Tronch, M., Montañana, E., Motos, P., Giménez, J. A. y Cortés, M. T. (2012). *Indicadores de riesgo en el patrón de consumo de alcohol entre jóvenes universitarios*. Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología, Elche.
- Turner, C. (1990). How much alcohol is in a 'standard drink'? An analysis of 125 studies. *British journal of addiction*, 85(9), 1171-1175.
- 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.

- 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.
- Valencia-Martín, J. L., Galan, I. y Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(10), 1723-1730.
- Verster, J. C., Van Duin, D., Volkerts, E. R., Schreuder, A. H. y Verbaten, M. N. (2003). Alcohol hangover effects on memory functioning and vigilance performance after an evening of binge drinking. *Neuropsychopharmacology*.
- 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., Culbertson, K. A. y Sellers, K. (2000). Readiness to change drinking among heavy-drinking college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(5), 674-680.
- Vik, P. W., Tate, S. R. y Carrello, P. (2000). Detecting college binge drinkers using an extended time frame. *Addictive Behaviors*, 25(4), 607-612.
- Viner, R. M. y Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), 902-907.
- Vinson, D. C., Maclure, M., Reidinger, C. y Smith, G. S. (2003). A population-based case-crossover and case-control study of alcohol and the risk of injury. *Journal of studies on alcohol*, 64(3), 358-366.
- Voogt, C., Kuntsche, E., Kleinjan, M., Poelen, E. y Engels, R. (2014). Using Ecological Momentary Assessment to Test the Effectiveness of a Web-Based Brief Alcohol Intervention Over Time Among Heavy-Drinking Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Reserach*, 16(1): e5.
- Wansink, B. y Van Ittersum, K. (2005). Shape of glass and amount of alcohol poured: comparative study of effect of practice and concentration. *BMJ*, 331(7531), 1512-1514.
- 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. (2000). Binge drinking: Should we attack the name or the problem. *Chronicle of Higher Education*, 47(8), B12-B13.
- Wechsler, H. y Austin, S. B. (1998). Binge drinking: the five/four measure. *Journal of studies on alcohol*, 59(1), 122-124.

- Wechsler, H. y Nelson, T. F. (2006). Relationship between level of consumption and harms in assessing drink cut-points for alcohol research: Commentary on "Many college freshmen drink at levels far beyond the binge threshold" by white et al. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(6), 922-927.
- 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. (1995a). Correlates of college student binge drinking. *American journal of public health*, 85(7), 921-926.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. y Rimm, E. B. (1995b). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American journal of public health*, 85(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 American college students between 1993 and 1997 Results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47(2), 57-68.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M. y Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 48(5), 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: Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993–2001. *Journal of American college health*, 50(5), 203-217.
- Wechsler, H., Molnar, B. E., Davenport, A. E. y Baer, J. S. (1999). College alcohol use: a full or empty glass?. *Journal of American College Health*, 47(6), 247-252.
- Wechsler, H. y Isaac, N. (1992). 'Binge'drinkers at Massachusetts colleges: prevalence, drinking style, time trends, and associated problems. *Jama*, 267(21), 2929-293.
- Wechsler, H. y Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the American college students: What's five drinks?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 287-291.
- Wechsler, H. y Nelson, T. F. (2008). What we have learned from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study: Focusing attention on college

- student alcohol consumption and the environmental conditions that promote it. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(4), 481-490.
- 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.
- 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.
- Weiss, H. B., Kaplan, S. y Prato, C. G. (2014). Analysis of factors associated with injury severity in crashes involving young New Zealand drivers. *Accident Analysis & Prevention*, 65, 142-155.
- Weissenborn, R. y Duka, T. (2003). Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology*, 165(3), 306-312.
- Weitzman, E. R., Nelson, T. F. y Wechsler, H. (2003). Taking up binge drinking in college: The influences of person, social group, and environment. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 26-35.
- Wells, S., Graham, K. y West, P. (2000). Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of studies on alcohol*, 61(4), 626-632.
- White, A. M., Kraus, C. L., Flom, J. D., Kestenbaum, L. A., Mitchell, J. R., Shah, K. y Swartzwelder, H. S. (2005). College students lack knowledge of standard drink volumes: implications for definitions of risky drinking based on survey data. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(4), 631-638.
- White, A. M., Kraus, C. L., McCracken, L. A. y Swartzwelder, H. S. (2003). Do college students drink more than they think? use of a free-pour paradigm to determine how college students define standard drinks. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(11), 1750-1756.
- White, A. M., Kraus, C. L. y Swartzwelder, H. S. (2006). Many college freshmen drink at levels far beyond the binge threshold. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(6), 1006-1010.
- White, H. R. y Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of studies on alcohol*, 50(1), 30-37.
- 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: crosscultural patterns. *Addiction*, 95, 251-265.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Wright, N. R. (2006). A day at the cricket: The breath alcohol consequences of a type of very English binge drinking. *Addiction Research & Theory*, 14(2), 133-137.
- Wright, N. R. y Cameron, D. (1997). A pilot study of prospectively recorded drinking patterns among British men who habitually drink 1-4 units of alcohol per day. *Alcohol and alcoholism*, 32(6), 777-778.
- Xing, Y., Ji, C. y Zhang, L. (2006). Relationship of binge drinking and other health-compromising behaviors among urban adolescents in China. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 495-500.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B. y Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive medicine*, 40(1), 23-32.



**ANEXO I.**  
**BATERÍA DE PRUEBAS**  
**UTILIZADAS**



Código \_\_\_\_\_

Curso:	Edad:	Sexo:	Peso:	Nacionalidad:
		1. Mujer 2. Varón	kg	

P1. Indica la edad en la que decidiste beber POR VOLUNTAD PROPIA: \_\_\_\_\_

P2. Actualmente, ¿consumes alcohol?

SI (he CONSUMIDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)	SI (HE CONSUMIDO HACE MÁS DE 6 MESES)	NO CONSUMO
1. Número de consumiciones /copas <b>que sueles tomar</b> _____ 2. Número de consumiciones /copas <b>que tomas en un día de celebración o especial</b> (Fiestas patronales, cumpleaños, nochevieja...)? _____	3. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste? _____ 4. En ese momento, qué solías consumir (p.e. 2 cervezas + 1 cubata +...): _____	5. Elige la opción que más se te ajusta: a) No he consumido nunca b) Sólo he consumido en ocasiones muy puntuales

P3. Indica en la siguiente tabla cuántos días al mes has consumido alcohol en los últimos SEIS meses.

	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más
ENERO										
DICIEMBRE										
NOVIEMBRE										
OCTUBRE										
SEPTIEMBRE										
AGOSTO										

Código \_\_\_\_\_

P4. Indica en las siguientes tablas: los días que consumes, la hora aproximada en la que te tomas alguna consumición y en qué consiste la misma (especifica el tipo de bebida: ej. cubata de vodka, de GINEBRA...). En la columna V indica el tipo de Vaso (de los que tienes como ejemplo) y en la columna L el Lugar (C: Casa; P: Pub/bar; L: Lugar público)

**Fijate en el ejemplo:** Yo los miércoles me tomo una cerveza a las 20h en casa con el vaso 2 y dos a las 21h en un bar, y luego un cubata de vodka a las 23h, otro de ginebra a las 00, otro de whisky a las 02 y dos de melocotón a las 04 y dos de licor de melocotón a las 06 en vaso 1 en la calle.

Miércoles (ejemplo)	V	L	Día:	Localidad:	V	L
Antes de las 14h			Antes de las 14h			
14h			14h			
16h			16h			
18h			18h			
20h	2	C	20h			
21h	2	P	21h			
23h	5	L	23h			
00h	5	L	00h			
02h	5	L	02h			
04h	1	L	04h			
06h			06h			
08h			08h			

_____ veces al mes
--------------------

_____ veces al mes
--------------------

_____ veces al mes
--------------------

¿CUANTAS VECES HACES ESTE CONSUMO? →

Código \_\_\_\_\_

Día: _____ Localidad: _____	V	L	Día: _____ Localidad: _____	V	L	Día: _____ Localidad: _____	V	L
Antes de las 14h			Antes de las 14h			Antes de las 14h		
14h			14h			14h		
16h			16h			16h		
18h			18h			18h		
20h			20h			20h		
22h			22h			22h		
00h			00h			00h		
02h			02h			02h		
04h			04h			04h		
06h			06h			06h		
08h			08h			08h		
_____ veces al mes			_____ veces al mes			_____ veces al mes		

P5. Seguidamente, se presentan una serie de acontecimientos que pueden ocurrir mientras consumes alcohol o en un momento posterior. Señala en cada caso si te ha ocurrido a ti en los últimos seis meses (Cortés, Giménez, Espejo, Tomás, Motos, 2012; Kahler, 2004):

	Nunca	Pocas Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
FS5/K1. He tenido resaca ( <i>dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...</i> ) la mañana después de beber				
SI3/K17. He tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir alcohol				
DF3/K24. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme				
AP4. Consumir alcohol me ha hecho sentirme deprimido o triste				
SI5. Mi novio/a, pareja, padres se quejan de mi manera de consumir alcohol				
DF4. Me he sentido ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol				
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...)				
SI6. Cuando bebo digo cosas duras o crueles				
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber				
AP3/K16. Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol				
OT1. He dejado de realizar otras actividades lúdicas porque he preferido estar consumiendo alcohol				

3

OPERACIONALIZACIÓN DEL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN JÓVENES:  
UTILIDAD/AJUSTE DE DIFERENTES MEDIDAS

Código \_\_\_\_\_

	Nunca	Pocas Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento				
DC1/K21. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar				
PA4. He descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios por causa de la bebida				
AP2. Consumir alcohol me ha hecho sentirme infeliz				
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo				
OT3. Cuando estoy bebiendo, tomo otras drogas que normalmente no consumo en otros momentos				
FS4/K8. Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol				
DC5. He intentado reducir o incluso dejar de consumir alcohol de esta manera				
PA5. He ido al trabajo o lugar donde estudio bajo los efectos del alcohol				
OT5. He tenido problemas económicos porque he gastado demasiado dinero en alcohol				
RS8/K6. Mi consumo de alcohol me ha llevado a realizar prácticas sexuales de las que luego me he arrepentido				
FS10/K10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber				
SI8. Mi familia se ha visto afectada por mi consumo de alcohol				
FS11/K14. Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegue allí				
RS10. He perjudicado o lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo				
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol				
FS9/K22. Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol				
SI10. Mi manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza o bochorno a alguien				
SI9. Algunas personas cercanas han llegado a evitarme a consecuencia de mi manera de consumir alcohol				
K2. He asumido riesgos tontos cuando he estado bebiendo				
K3. Cuando bebo en exceso no soy capaz de recordar lo ocurrido durante largos periodos de tiempo				
K4. La calidad de mi trabajo o estudios ha disminuido por beber				
K5. Me he sentido con menos energía o cansado por beber				
K7. A menudo he bebido en noches en las que no tenía planeado beber				
K9. Cuando bebo digo o hago cosas vergonzosas				
K11. No he ido a trabajar o he perdido clases porque estaba bebido/a, tenía resaca o me encontraba enfermo/a por mi forma de beber				
K12. Mientras he estado bebiendo he hecho cosas impulsivas de las que luego me he arrepentido más tarde				
K13. He tenido sobrepeso a causa de la bebida				
K15. He pasado demasiado tiempo bebiendo				
K18. He sentido que necesitaba beber después de levantarme (antes de desayunar)				
K19. He conducido mi coche ( <i>u otro vehículo</i> ) cuando sabía que había bebido demasiado para conducir de manera segura				
K20. He descuidado mis obligaciones con mi familia, trabajo o estudios por beber				
K23. Me he vuelto muy grosero, desagradable, u ofensivo después de beber				

Código \_\_\_\_\_

P6. Del siguiente listado de cosas que pueden suceder cuando alguien bebe ¿cuántas veces te han ocurrido a ti durante **el último año**?

	Nunca	1 o 2 veces	3 a 5 veces	+de 5 veces
Rp1. No ser capaz de hacer los deberes o de estudiar para un examen				
Rp2. Meterte en peleas con otra gente (amigos, familiares, extraños...)				
Rp3. Perderte ciertas cosas porque te has gastado demasiado dinero en alcohol				
Rp4. Ir a clase o al trabajo bajo la influencia del alcohol o borracho				
Rp5. Avergonzar a alguien				
Rp6. No cumplir con tus responsabilidades				
Rp7. Que tus familiares te eviten				
Rp8. Sentir que necesitas más alcohol del que normalmente consumías para lograr los mismos efectos				
Rp9. Intentar controlar tu consumo de alcohol (beber solo en ciertos momentos del día, o en ciertos sitios, cambiar el patrón de consumo...)				
Rp10. Tener síntomas de abstinencia, es decir sentirte mal porque has parado o reducido el consumo de alcohol				
Rp11. Haber notado un cambio en tu personalidad				
Rp12. Sentir que tenías un problema con el alcohol				
Rp13. Haber perdido un día o parte de un día de colegio o trabajo				
Rp14. Querer parar de beber pero no poder				
Rp15. Encontrarte de repente en un lugar al que no recuerdas haber llegado				
Rp16. Desmayarte o perder el conocimiento				
Rp17. Tener una pelea, discusión o mal rollo con un amigo				
Rp18. Tener una pelea, discusión o mal rollo con un familiar				
Rp19. Seguir bebiendo cuando te prometiste no hacerlo				
Rp20. Sentir que estabas volviendo loco				
Rp21. Pasar un mal rato				
Rp22. Sentirse física o psicológicamente dependiente del alcohol				
Rp23. Que un amigo, vecino o familiar te haya dicho que dejes de beber o que bebas menos				

**AUDIT (Rubio, Bermejo, Caballero y Santo Domingo, 1998)**

Redondea la alternativa que mejor describa tu patrón de consumo de alcohol:

A1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- (0). Nunca.
- (1). Una vez al mes o menos.
- (2). De 2 a 4 veces al mes.
- (3). De 2 a 3 veces por semana.
- (4). 4 o más veces por semana.

A2. ¿Cuántas consumiciones sueles tomar en un día cualquiera en el que bebes alcohol?

- (0). 1 ó 2
- (1). 3 ó 4
- (2). 5 ó 6
- (3). De 7 a 9
- (4). 10 o más

Código \_\_\_\_\_

- A3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas en una ocasión de consumo?
- (0). Nunca.
  - (1). Menos de una vez al mes.
  - (2). Mensualmente.
  - (3). Semanalmente.
  - (4). A diario o casi a diario.
- A4. ¿Con qué frecuencia durante el último año has observado que no eras capaz de dejar de beber una vez habías empezado?
- (0). Nunca.
  - (1). Menos de una vez al mes.
  - (2). Mensualmente.
  - (3). Semanalmente.
  - (4). A diario o casi a diario.
- A5. ¿Con qué frecuencia durante el último año has dejado de cumplir con tus obligaciones a causa del alcohol?
- (0). Nunca.
  - (1). Menos de una vez al mes.
  - (2). Mensualmente.
  - (3). Semanalmente.
  - (4). A diario o casi a diario.
- A6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia has necesitado tomar alguna bebida alcohólica por la mañana para poder ponerte en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?
- (0). Nunca.
  - (1). Menos de una vez al mes.
  - (2). Mensualmente.
  - (3). Semanalmente.
  - (4). A diario o casi a diario.
- A7. ¿Con qué frecuencia durante el último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- (0). Nunca.
  - (1). Menos de una vez al mes.
  - (2). Mensualmente.
  - (3). Semanalmente.
  - (4). A diario o casi a diario.
- A8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?
- (0). Nunca.
  - (1). Menos de una vez al mes.
  - (2). Mensualmente.
  - (3). Semanalmente.
  - (4). A diario o casi a diario.
- A9. Debido a tu consumo, ¿habéis resultado heridos o dañados tú o alguna otra persona?
- (0). No.
  - (2). Sí, pero no durante el último año.
  - (4). Sí, durante el último año.
- A10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de alcohol o te ha sugerido que dejes de beber?
- (0). No.
  - (2). Sí, pero no durante el último año.
  - (4). Sí, durante el último año.

Código \_\_\_\_\_

	¿Consumo esta bebida? <b>Si/No</b>	Vaso	C.C.	Gramos
<b>CERVEZA</b>				
<b>SANGRIA</b> (vino, calimocho...)				
<b>MOJITO</b> (martini, malibú, peche...)				
<b>CUBATA DE VODKA</b> (vodka, ron, ginebra...)				
<b>CHUPITO</b> (cazalla, absenta, anis...)				