



Universitat de Girona

PATRONS DE CONSUM D'ALCOHOL EN ESTUDIANTS UNIVERSITARIS

Anna SALAMÓ AVELLANEDA

ISBN: 978-84-694-6239-3

Dipòsit legal: GI-895-2011

<http://hdl.handle.net/10803/31973>

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei [TDX](#) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio [TDR](#) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the [TDX](#) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Universitat de Girona

TESI DOCTORAL

PATRONS DE CONSUM D'ALCOHOL EN ESTUDIANTS UNIVERSITARIS

Anna Salamó Avellaneda

Any 2011

Dirigida per: Dra. M^a Eugènia Gras Pérez i Dra. Sílvia Font-Mayolas.



Universitat de Girona

TESI DOCTORAL

PATRONS DE CONSUM D'ALCOHOL EN ESTUDIANTS UNIVERSITARIS

Anna Salamó Avellaneda

Any 2011

Programa de Doctorat de Psicologia i Qualitat de Vida de la Universitat de Girona

Dirigida per: Dra. M^a Eugènia Gras Pérez i Dra. Sílvia Font-Mayolas.

Memòria presentada per optar al títol de doctor/a per la Universitat de Girona.

Agraïments

Donar per acabat aquest treball significa tancar una etapa i ara, després de les hores de dedicació, de dubte, i d'immersió, és moment de fer balanç. La tranquil·litat d'aquest moment em permet, ara, recordar i valorar totes aquelles persones que d'alguna forma han participat en tot aquest procés que començà quatre anys ençà.

Les meves primeres paraules d'agraïment s'han d'adreçar, sens dubte, a la Dra. M^a Eugènia Gras i a la Dra. Silvia Font-Mayolas, a ambdues per igual. Vaig tenir la sort de comptar amb la seva direcció en el treball de recerca i ja en ell vaig poder dedicar-los-hi unes paraules. Llavors vaig destacar la seva disponibilitat i les intel·ligents aportacions. En aquesta ocasió m'agradaria ressaltar la seva capacitat de treball i l'exquisitesa i la sensatesa a l'hora de portar-lo a terme, així com la seva calidesa humana. Aquesta darrera característica no és estrictament necessària per a dirigir un treball d'investigació. És més, hi ha qui no la professa i és per aquest motiu que valoro especialment la seva sensibilitat per a oferir ànims al llarg del procés de la recerca així com el reconeixement per la feina feta, fet poc usual dins el món de la recerca. Per tot això no puc deixar d'admirar-les i donar-los-hi les gràcies. Us agraeixo, sincerament, haver-me fet tant fàcil i agradable el treball al vostre costat i gràcies, també, per haver confiat en mi i haver-me ofert un lloc dins el grup de recerca.

En segon lloc voldria agrair als coordinadors/es i professors/es de les Facultats de Ciències i d'Educació i Psicologia, i de les Escoles d'Infermeria i Politècnica Superior que em permetessin realitzar la recollida de dades, així com a tots els alumnes que van dedicar part del seu valuós temps en ella. Sense tots ells aquest treball no hagués estat possible. Gràcies també a la Laura C., becària del departament de Psicologia, per haver col·laborat i haver-me acompanyat en un tram d'aquest viatge.

Arriba el torn de la família: als meus pares Joan i Pilar i a la meva germana Cristina, gràcies per haver cregut sempre en mi. Gràcies també Paqui, Pere, Jordi, M^a Rosa i Ramon, Ferran i Gina, Carles i Yolanda i tieta Angie que tot i no provenir, majoritàriament, del món universitari s'han interessat per aquest treball, amb la dificultat que això a vegades comporta. Carles sembla que ja he acabat "el cole" com tu em dius.

Un punt apart mereix en Kilian, ara la meva família. Gràcies per estimar-me i donar-me suport en els moments de desesperació sabent també mostrar interès trobant l'equilibri just per no crear una sensació de pressió. Gràcies per fer el possible perquè sortís el sol en els dies més grisos.

També els amics: Laura, Mònica i Goretti que han estat al meu costat durant tot el procés i me n'han allunyat durant algunes estones per a gaudir al seu costat d'agradables moments de distensió. Per elles perquè m'han animat en moments durs i han compartit la meva alegria en arribar a aquest punt final i perquè no hauran de preguntar més: "i la tesi, com la portes?".

Voldria mencionar també en aquest apartat les companyes de Departament. En primer lloc a les "Mòniques", Maria i Sara que m'han servit de mirall i de guia. Gràcies pels grans moments darrere un cafè i pels cafès no fets per poder acabar aquesta tesi. Per altra banda mencionar a aquelles companyes de travessia que encara no els ha arribat el moment d'atracar a port. Natàlia, Dolors, Ana B., Anna A., Jèssica, Montse, Naira i Toñi espero que la finalització d'aquest treball d'investigació us encoratgi a continuar el vostre projecte.

En definitiva, gràcies a tots aquells que directament o indirectament heu format part d'aquest treball. Us desitjo de tot cor que assoliu els objectius que us heu proposat!

Aquest treball s'ha realitzat amb el suport de la beca predoctoral FI concedida pel Departament d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya i del Fons Social Europeu, així com gràcies a l'ajut SEJ2007-60814/PSIC del Ministeri de Ciència i Innovació.

Índex de figures

1.1.1.1.1.	Evolució del consum per càpita (1961-2000)	15
1.1.2.1.1.	Consum total d'alcohol per bevedor a Europa l'any 2002	24
1.1.2.1.2.	Consum d'alcohol pur per països (litres per any per persona major de 15 anys)	25
1.1.2.1.3.	Consum d'alcohol massiu en la regió europea (2002)	26
1.1.4.1.	Evolució del consum d'alcohol a Catalunya entre la població de 15 a 64 anys (en percentatges)	37
2.2.1.1.	Mortalitat atribuïble a l'alcohol a Espanya en funció del gènere	67
6.1.1.1.	Distribució de la mostra en funció del gènere	241
6.1.1.2.	Distribució dels participants en funció de l'edat	242
6.1.2.2.1.	Distribució dels estudiants segons la seva experimentació amb l'alcohol	247
6.1.2.2.2.	Distribució dels nois segons la seva experimentació amb l'alcohol	248
6.1.2.2.3.	Distribució de les noies segons la seva experimentació amb l'alcohol	248
6.1.2.5.1.	Distribució de les UBE consumides el darrer dia pels nois	255
6.1.2.5.2.	Distribució de les UBE consumides el darrer dia per les noies	256
6.1.2.5.3.	Percentatge de joves que han pres els diferents tipus de beguda el darrer dia de consum i el gènere	262
6.1.2.5.4.	Distribució dels nois consumidors de combinats segons la quantitat de combinats consumits el darrer dia	263
6.1.2.5.5.	Distribució de les noies consumidores de combinats segons la quantitat de combinats consumits el darrer dia	263
6.1.2.5.6.	Distribució dels nois consumidors de cervesa segons la quantitat de cerveses consumides el darrer dia	264
6.1.2.5.7.	Distribució de les noies consumidors de cervesa segons la quantitat de cerveses consumides el darrer dia	264
6.1.2.5.8.	Distribució dels nois consumidors de vi/cava segons la quantitat de copes de vi/cava consumides el darrer dia	265
6.1.2.5.9.	Distribució de les noies consumidors de vi/cava segons la quantitat de copes de vi/cava consumides el darrer dia	265
6.1.2.5.10.	Distribució dels nois consumidors de xarrups segons la quantitat de xarrups consumits el darrer dia	266
6.1.2.5.11.	Distribució de les noies consumidores de xarrups segons la quantitat de xarrups consumits el darrer dia	266
6.1.2.5.12.	Distribució dels nois consumidors de conyac/licors segons la quantitat de copes de conyac/licors consumides el darrer dia	267
6.1.2.5.13.	Distribució de les noies consumidors de conyac/licors segons la quantitat de copes de conyac/licors consumides el darrer dia	267
6.1.2.5.14.	Percentatge de consumidors d'alcohol que van fer un consum massiu el darrer dia que van prendre alcohol segons el gènere i l'edat	271
6.1.3.1.	Distribució dels joves segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol pròpia i del millor amic	282
6.1.3.2.	Distribució dels nois segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol pròpia i	282

	del millor amic	
6.1.3.3.	Distribució de les noies segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol pròpia i del millor amic	283
6.1.4.1.	Valoració de la perillositat del consum d'alcohol per part dels participants	298
6.1.4.2.	Mitjana de perillositat del consum d'alcohol percebuda en funció del gènere i l'edat	299

Índex de taules

1.1.1.1.1.	Llistat dels 20 països amb major consum de begudes específiques (Consum en litres d'Alcohol pur Per Càpita)	16
1.2.1.	Edat mitjana d'inici al consum i a l'abús d'alcohol en funció del gènere i l'edat en una mostra d'estudiants universitari de Lima (Perú) (Sogi i Perales, 2001)	39
2.1.2.3.1.	Principals begudes i les seves equivalències en volum, graduació, grams d'alcohol i Unitat de Beguda Estàndard	50
2.1.4.1.	Interaccions entre l'alcohol i els medicaments	55
2.1.5.1.1.	Equivalències entre les UBE i la consideració de risc per a la salut segons les diferents fonts	60
2.1.5.2.1.	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	63
2.2.1.1.1.	Efectes de l'alcohol sobre el Sistema Nerviós Central	70
2.2.1.13.1.	Risc relatiu de patir diverses malalties en funció dels grams d'alcohol consumits per dia i gènere	83
2.2.3.1.1.1.	Efectes del consum d'alcohol sobre la capacitat de conducció	105
3.1.1.1.1.	Processos de canvi, objectius i tècniques principals en relació a les teories de procedència	128
3.1.1.2.1.	Escala de Balanç Decisional (Prochaska et al., 1994)	136
3.1.1.2.2.	Llistat de pros i contres	137
3.1.1.3.1.	Qüestionari d'Autoeficàcia	139
3.1.2.1.	Constructes de les tres teories comportamentals implicades en les etapes de canvi	145
3.1.2.	Model d'adquisició-abandonament del consum (Pallonen et al, 1998)	152
3.1.1.3.2.	Escala de Balanç Decisional	154
3.1.1.3.3.	Situacions de Temptació	155
4.2.2.1.	Etapes segons l'adaptació realitzada del model de Pallonen et al. (1998)	204
4.2.2.2.	Equivalència entre les etapes del model de Pallonen et al. (1998) i les etapes resultants de l'adaptació realitzada en aquest treball	205
5.1.1.1.	Distribució dels estudiants matriculats a la UdG durant el curs 2006/2007 (Ciències, Educació i Psicologia i Infermeria) i en el curs 2007/2008 (Politécnica) segons la carrera cursada i el percentatge de participants en el present estudi	222
5.2.1.1.	Característiques sociodemogràfiques i estatus de consum dels participants dels grups focals	228
6.1.1.1.	Distribució de la mostra segons la facultat/escola i el curs acadèmic	240
6.1.1.2.	Distribució de la mostra en funció de la facultat, l'estudi i el gènere	241
6.1.1.3.	Distribució dels joves en funció de les variables edat i gènere	243
6.1.2.1.1.	Consumidors d'alcohol en funció del gènere i l'edat i resultats de la prova khi-quadrat	244
6.1.2.1.2.	Distribució dels joves consumidors en funció de la freqüència de consum, el gènere i l'edat i la prova khi-quadrat	246

6.1.2.3.1.	Percentatge de joves no consumidors d'alcohol segons la seva intenció de consum futura, el gènere, l'edat i els resultats de la prova khi-quadrat	250
6.1.2.4.1.	Distribució de la mostra segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol, l'experimentació amb aquesta substància i el gènere	252
6.1.2.4.2.	Distribució dels nois segons l'experimentació amb l'alcohol i la intenció de consum futura	253
6.1.2.4.3.	Distribució de les noies segons l'experimentació amb l'alcohol i la intenció de consum futura	254
6.1.2.5.1.	Índex descriptius de les UBE consumides el darrer dia de consum segons la tipologia de consumidors	255
6.1.2.5.2.	Magnitud de consum (UBE) en funció del gènere, l'edat i la freqüència de consum (diari o no diari)	257
6.1.2.5.3.	Distribució dels joves consumidors en funció del consum de risc per a la salut i el gènere	259
6.1.2.5.4.	Distribució dels adolescents consumidors i amb consums d'alt risc per a la salut per gènere i edat	260
6.1.2.5.5.	Estadístics descriptius de la magnitud de consum (en unitats) segons el tipus de beguda amb alcohol consumida	261
6.1.2.5.6.	Magnitud de consum (UBE) en funció del gènere, l'edat i el tipus de beguda consumida	269
6.1.2.5.7.	Distribució dels joves que van efectuar un consum elevat d'alcohol per gènere i edat	272
6.1.2.6.1.	Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum i el gènere dels estudiants que han provat l'alcohol	273
6.1.2.7.1.	Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular d'alcohol" en funció del consum de risc i el gènere dels estudiants consumidors	274
6.1.2.7.2.	Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular d'alcohol" en funció del consum massiu i el gènere dels estudiants consumidors	275
6.1.3.1.1.	Distribució dels joves que han provat l'alcohol en funció de l'acompanyant durant la primera experimentació i el gènere	276
6.1.3.1.2.	Distribució dels joves que han provat l'alcohol en funció de l'acompanyant durant la primera experimentació, l'estatus de consum i el gènere	277
6.1.3.2.1.	Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum propi, l'estatus de consum del millor amic i el gènere	278
6.1.3.2.2.	Distribució dels joves segons el nivell d'experimentació propi, el nivell d'experimentació del millor amic i el gènere	279
6.1.3.2.3.	Distribució dels joves segons la intenció de consum pròpia i del millor amic, per gèneres	280
6.1.3.2.4.	Etaques d'adquisició del consum d'alcohol i experimentació prèvia del millor amic	281
6.1.3.2.5.	Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere dels	284

	estudiants que han provat l'alcohol	
6.1.3.2.6.	Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular d'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere dels estudiants consumidors	286
6.1.3.3.1.1.	Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum del pare i el gènere	288
6.1.3.3.1.2.	Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" dels estudiants que han provat l'alcohol, en funció de l'estatus de consum del pare i el gènere	289
6.1.3.3.1.3.	Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular" en funció de l'estatus de consum del pare i el gènere dels estudiants consumidors	290
6.1.3.3.2.1.	Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum de la mare i el gènere	291
6.1.3.3.2.2.	Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" dels estudiants que l'han provat en alguna ocasió en funció de l'estatus de consum de la mare i el gènere	292
6.1.3.3.2.3.	Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular" dels estudiants consumidors en funció de l'estatus de consum de la mare i el gènere	293
6.1.3.3.3.1.	Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum per part d'algun germà i el gènere	294
6.1.3.3.3.2.	Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum d'algun germà i el gènere	295
6.1.3.3.3.3.	Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular" dels estudiants consumidors en funció de l'estatus de consum d'algun germà i el gènere	296
6.1.3.3.4.1.	Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum per part de la parella i el gènere	297
6.1.4.1.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum propi i el gènere	300
6.1.4.2.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere	301
6.1.4.3.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum del pare i el gènere	302
6.1.4.4.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum de la mare i el gènere	303
6.1.4.5.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum d'algun germà i el gènere	303
6.1.4.6.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum de la parella i el gènere	304
6.1.4.7.	Correlació d'Spearman de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol", amb l'edat de primera experimentació amb l'alcohol i l'edat d'inici al consum regular, en nois i noies	305

6.1.4.8.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció del consum de risc segons el gènere en els consumidors d'alcohol	306
6.1.4.9.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció del consum massiu segons el gènere en joves consumidors	307
6.1.4.10.	Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de la realització d'un consum elevat segons el gènere en els consumidors	308
6.1.5.1.	Estadístics descriptius de la variable "Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol" (sol o acompanyat d'amics) en funció de l'estatus de consum propi i el gènere	309
6.1.6.1.	Distribució dels joves segons l'estatus de consum i el fet de conèixer a algú que ha emmalaltit o mort per consum d'alcohol i per gènere	311
6.1.6.2.	Malalties patides per la persona propera bevedora d'alcohol	312
6.1.6.3.	Tipus de relació amb la persona coneguda, malalta o morta, com a conseqüència del consum d'alcohol	312
6.1.7.1.	Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum dels joves (n = 1,153)	314
6.1.7.2.	Comparació entre els joves no consumidors i els consumidors segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística	315
6.1.7.3.	Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum d'alt risc dels joves (n = 671)	317
6.1.7.4.	Comparació entre els joves que el darrer dia realitzaren un consum d'alt risc per a la salut i els que no segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística	318
6.1.7.5.	Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum massiu dels joves (n = 1,011)	320
6.1.7.6.	Comparació entre els joves que el darrer dia realitzaren un consum massiu i els que no segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística	321
6.1.7.7.	Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum elevat d'alcohol dels joves (n = 1,011)	323
6.1.7.8.	Comparació entre els joves que el darrer dia realitzaren un consum elevat d'alcohol i els que no segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística	324
A1.1.	Percentatge de persones amb consums de risc en funció de l'edat i el gènere (Sánchez, 2009)	509

Índex de quadres

2.1.2.1.1.	Fòrmula de càlcul dels grams d'alcohol ingerits	49
2.1.2.2.1.	Càlcul de la taxa d'alcoholèmia	49
2.1.3.3.1.	Metabolisme de l'alcohol	54
2.1.2.4.1.	Càlcul del temps necessari per a l'eliminació de l'alcohol ingerit	54
2.2.1.1.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn per abús d'alcohol segons el manual DSM-IV-TR	88
2.2.1.1.2.	Criteris diagnòstics del Trastorn per dependència de substàncies segons el manual DSM-IV-TR	89
2.2.2.2.1.1.	Criteris diagnòstics de la Intoxicació per alcohol segons el manual DSM-IV-TR	90
2.2.2.2.2.1.	Criteris diagnòstics de l'Abstinència d'alcohol segons el manual DSM-IV-TR	92
2.2.2.2.3.1.	Criteris diagnòstics del Delirium segons el manual DSM-IV-TR	93
2.2.2.2.4.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn amnèsic segons el manual DSM-IV-TR	94
2.2.2.2.5.1.	Criteris diagnòstics de la Demència alcohòlica segons el manual DSM-IV-TR	95
2.2.2.2.6.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn psicòtic induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR	96
2.2.2.2.7.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn d'ansietat induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR	97
2.2.2.2.8.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn de l'estat d'ànim induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR	98
2.2.2.2.9.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn sexual induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR	99
2.2.2.2.10.1.	Criteris diagnòstics del Trastorn del son induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR	100
3.1.	Principals models explicatius de la iniciació al consum de substàncies	121
3.1.1.1.1.	Exemplificació del pas lineal a través de les etapes	124
3.1.1.1.2.	Pas en espiral a través de les etapes	125
3.1.1.1.3.	Relació entre Etapes i Processos de Canvi	133
3.1.3.1.	Test de classificació en les etapes d'abandonament i adquisició	151
3.2.3.1.	Interaccions entre les variables proposades en el Model Cognitiu Social Integrat per la prevenció de l'abús del consum d'alcohol	178
3.3.1.1.	Diferències en l'inici del consum de substàncies entre nois i noies (Kandel i Yamaguchi, 1985; 1993; Kandel et al., 1992)	184
3.3.1.2.	Model causal d'influència indirecta dels pares en l'associació d'adolescents amb amics amb comportaments desviats (Kandel, 1996)	188
5.1.	Integració de metodologies basada en la combinació (Bericat, 1998)	220

Índex d'esquemes

6.2.1.	Resum i classificació de les temàtiques tractades en els grups focals	326
6.2.1.1.	Motius de consum	327
6.2.1.2.1.	Motius per no consumir alcohol	336
6.2.1.3.1.	Motius pel primer consum d'alcohol	341
6.2.1.4.1.	Motius per abandonar el consum d'alcohol	345
6.2.2.1.1.	Edat o moment d'inici al consum d'alcohol	350
6.2.2.2.1.	Valoració de l'edat d'inici legal	353
6.2.3.1.1.	Tipologies de consum segons l'edat	357
6.2.3.2.1.	Diferències de gènere en el consum	364
6.2.4.1.1.	Magnitud de consum	369
6.2.4.2.1.	Límit de consum	371
6.2.5.1.	Riscos per a la salut	380
6.2.6.1.	Perillositat percebuda del consum d'alcohol	390
6.2.7.1.	Consum d'alcohol dels principals referents	397
6.2.8.1.	Alternatives d'oci	400

ÍNDIX

RESUM	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓ	7

I FONAMENTACIÓ TEÒRICA

1. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUM D'ALCOHOL	15
1.1. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUM	15
1.1.1. Epidemiologia mundial	15
1.1.1.1. Població adulta	15
1.1.1.2. Població juvenil	17
1.1.2. Epidemiologia a Europa	24
1.1.2.1. Població adulta	24
1.1.2.2. Població juvenil	27
1.1.3. Epidemiologia a Espanya	29
1.1.3.1. Població adulta	29
1.1.3.2. Població juvenil	31
1.1.4. Epidemiologia a Catalunya	36
1.1.4.1. Població adulta	36
1.1.4.2. Població juvenil	38
1.2. EDAT D'INICI AL CONSUM D'ALCOHOL	38
1.3. POLICONSUM DE SUBSTÀNCIES	41
1.3.1. Població adulta	41
1.3.2. Població juvenil	42
2. EFECTES DEL CONSUM D'ALCOHOL	47
2.1. FARMACOLOGIA DE L'ALCOHOL	47
2.1.1. Concepte d'alcohol i beguda alcohòlica	47
2.1.2. Avaluació de l'alcohol consumit	48
2.1.2.1. Els grams d'alcohol ingerits	48
2.1.2.2. La taxa d'alcoholèmia	49

2.1.2.3. Les Unitats de Beguda Estàndard (UBE)	50
2.1.3. Farmacocinètica de l'alcohol	51
2.1.3.1. Absorció	51
2.1.3.2. Distribució	51
2.1.3.3. Metabolització	52
2.1.3.4. Eliminació	54
2.1.4. Interaccions medicamentoses	54
2.1.5. Risc per a la salut del consum d'alcohol	57
2.1.5.1. Concepte de risc per a la salut	57
2.1.5.2. Avaluació del risc per a la salut	62
2.2. CONSEQÜÈNCIES DEL CONSUM D'ALCOHOL	65
2.2.1. Conseqüències físiques	65
2.2.1.1. Efectes sobre el sistema nerviós central (SNC) i Sistema Nerviós Perifèric (SNP)	69
2.2.1.2. Efectes sobre l'aparell digestiu	74
2.2.1.3. Efectes sobre l'aparell respiratori	76
2.2.1.4. Efectes sobre l'aparell cardiovascular	76
2.2.1.5. Efectes sobre l'aparell hematopoietic	77
2.2.1.6. Efectes sobre el sistema immunitari	78
2.2.1.7. Efectes sobre l'aparell urogenital i endocrí	78
2.2.1.8. Efectes sobre la temperatura corporal	79
2.2.1.9. Efectes sobre el sistema osteomuscular	80
2.2.1.10. Efectes sobre el sistema metabòlic	80
2.2.1.11. Infeccions	80
2.2.1.12. Càncer	81
2.2.1.13. Efectes teratògens	81
2.2.2. Conseqüències psicològiques	84
2.2.2.1. Trastorns per consum d'alcohol: abús i dependència	86
2.2.2.2. Trastorns induïts per consum d'alcohol	89
2.2.2.2.1. Intoxicació etílica	89
2.2.2.2.2. Síndrome d'abstinència	91
2.2.2.2.3. Delirium	92
2.2.2.2.4. Trastorn amnèsic	93
2.2.2.2.5. Demència alcohòlica	94
2.2.2.2.6. Trastorns psicòtics	95
2.2.2.2.7. Trastorns d'ansietat induïts	96
2.2.2.2.8. Trastorns afectius induïts	97
2.2.2.2.9. Trastorns sexuals induïts	99
2.2.2.2.10. Trastorns del son induïts	99
2.2.2.2.11. Trastorn relacionat amb l'alcohol no especificat	100
2.2.3. Conseqüències socials	100
2.2.3.1. Conductes de risc	102

2.2.3.1.1.	Conducció de vehicles	102
2.2.3.1.2.	Relacions sexuals de risc	105
2.2.3.1.3.	Accidentalitat	106
2.2.3.2.	Baix rendiment acadèmic	107
2.2.3.3.	Problemes familiars i laborals	107
2.2.3.4.	Violència i conducta delictiva	108
2.2.3.5.	Morts violentes i suïcidi	110
2.2.4.	Efectes beneficiosos del consum d'alcohol	111
3.	MODELS EXPLICATIUS DE DEL CONSUM D'ALCOHOL	121
3.1.	EL MODEL D'ETAPES MOTIVACIONALS MULTICOMPONENTS (McMOS) (Wech i Diclemente, 1994)	122
3.1.1.	Model d'abandonament d'una conducta	122
3.1.1.1.	Les Etapes i els Processos de Canvi	122
3.1.1.2.	El Balanç Decisoral	134
3.1.1.3.	El concepte d'Autoeficàcia i les Situacions de Temptació	138
3.1.2.	Model d'adquisició d'una conducta	141
3.1.3.	Model d'integració de l'abandonament i l'adquisició d'una conducta	150
3.2.	EL MODEL SOCIOCOMPORTAMENTAL. TEORIA COGNITIVA SOCIAL (Bandura i Walters, 1979)	157
3.2.1.	La Teoria de l'Aprenentatge Social	157
3.2.1.1.	L'ambient	159
3.2.1.2.	La persona (o cognició)	159
3.2.1.3.	Les conseqüències de la conducta	160
3.2.2.	La Teoria Cognitiva Social	161
3.2.2.1.	L'Autoeficàcia	161
3.2.3.	La Teoria Cognitiva Social i el consum d'alcohol	164
3.3.	EL MODEL EVOLUTIU DE KANDEL (Kandel, 1973, 1975)	179
3.3.1.	La iniciació al consum de substàncies i la seva evolució	179
3.3.1.1.	Diferències entre nois i noies	183
3.3.1.2.	Factors implicats en el consum	185
3.3.2.	Estabilització del consum i escalada	189
3.3.2.1.	Factors implicats en l'estabilització del consum i l'escalada	191

3.3.3. Abandonament del consum	193
3.3.3.1. Factors implicats en l'abandonament del consum	194
3.3.4. Causalitat del model	194

II PART EMPÍRICA

4. OBJECTIUS	203
4.1. OBJECTIU GENERAL	203
4.2. OBJECTIUS DE LA FASE I	203
4.2.1. Variables demogràfiques	203
4.2.2. Patrons de consum d'alcohol	203
4.2.3. La influència social	207
4.2.4. La percepció de perillositat del consum d'alcohol	209
4.2.5. Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se al consum d'alcohol	210
4.2.6. L'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum de d'alcohol	210
4.2.7. Elaboració de models predictius del consum d'alcohol	211
4.3. OBJECTIUS DE LA FASE II	212
4.3.1. Els motius del consum d'alcohol	212
4.3.2. L'edat d'iniciació al consum	212
4.3.3. La tipologia de consum	213
4.3.4. La magnitud de consum	213
4.3.5. Els riscos per a la salut	214
4.3.6. La perillositat del consum d'alcohol	214
4.3.7. La influència social	215
4.3.8. Les alternatives d'oci	215

5. METODOLOGIA	219
5.1. FASE I. METODOLOGIA QUANTITATIVA	220
5.1.1. Participants	220
5.1.2. Instrument	223
5.1.2.1. Variables demogràfiques	223
5.1.2.2. Patrons de consum d'alcohol	223
5.1.2.3. La influència social	224
5.1.2.4. La percepció de perillositat del consum d'alcohol	225
5.1.2.5. Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se al consum d'alcohol	225
5.1.2.6. L'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum d'alcohol	225
5.1.3. Procediment	226
5.1.4. Anàlisi de dades	226
5.2. FASE II. METODOLOGIA QUALITATIVA	227
5.2.1. Participants	227
5.2.2. Instrument	228
5.2.3. Procediment	230
5.2.4. Anàlisi de dades	234
6. RESULTATS	239
6.1. RESULTATS DE LA FASE QUANTITATIVA	239
6.1.1. Variables demogràfiques	239
6.1.2. Patrons de consum d'alcohol	243
6.1.2.1. Estatus de consum	243
6.1.2.2. Experimentació amb l'alcohol	247
6.1.2.3. Intenció de consum	249
6.1.2.4. Etapes d'adquisició del consum d'alcohol	251
6.1.2.5. Magnitud de consum	254
6.1.2.6. Edat de primera experimentació amb l'alcohol	272
6.1.2.7. Edat d'inici al consum regular	273
6.1.3. La influència social	275
6.1.3.1. Acompanyant durant la primera experimentació amb l'alcohol	275
6.1.3.2. Consum d'alcohol del millor amic	277

6.1.3.3. Consum d'alcohol dels familiars	287
6.1.3.3.1. El pare	287
6.1.3.3.2. La mare	291
6.1.3.3.3. Els germans	294
6.1.3.3.4. La parella	297
6.1.4. La percepció de perillositat del consum d'alcohol	298
6.1.5. Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se al consum d'alcohol.....	308
6.1.6. L'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum d'alcohol	310
6.1.7. Models predictius del consum d'alcohol	313
6.2. RESULTATS DE LA FASE QUALITATIVA	325
6.2.1. Motius per consumir o no consumir alcohol	327
6.2.1.1. Motius de consum	327
6.2.1.2. Motius de no consum	336
6.2.1.3. Motius de la primera experimentació	341
6.2.1.4. Motius per abandonar el consum	344
6.2.2. Edat d'inici al consum d'alcohol	349
6.2.2.1. Edat propícia d'inici al consum	349
6.2.2.2. Edat legal d'inici al consum	352
6.2.3. Tipologia de consum	356
6.2.3.1. Segons l'edat i la freqüència de consum.....	356
6.2.3.2. Segons el gènere	363
6.2.4. Magnitud de consum	368
6.2.4.1. Magnitud de consum	368
6.2.4.2. Límit de consum	370
6.2.5. Risc per a la salut	379
6.2.6. Perillositat del consum d'alcohol	389
6.2.7. Consum d'alcohol dels principals referents	397
6.2.8. Alternatives d'oci	400
7. DISCUSSIÓ	405
7.1. FASE QUANTITATIVA	405

7.1.1.	Patrons de consum d'alcohol	405
7.1.1.1.	Estatus de consum	405
7.1.1.2.	Experimentació amb l'alcohol	408
7.1.1.3.	Intenció de consum	409
7.1.1.4.	Etaques d'adquisició del consum d'alcohol	410
7.1.1.5.	Magnitud de consum	411
7.1.1.6.	Edat de primera experimentació amb l'alcohol	419
7.1.1.7.	Edat d'inici al consum regular	420
7.1.2.	La influència social	421
7.1.2.1.	Consum d'alcohol dels amics	421
7.1.2.2.	Consum d'alcohol dels familiars	423
7.1.2.2.1.	El pare	423
7.1.2.2.2.	La mare	423
7.1.2.2.3.	Els germans	424
7.1.2.2.4.	La parella	425
7.1.3.	La percepció de perillositat del consum d'alcohol	426
7.1.4.	Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se al consum d'alcohol	427
7.1.5.	L'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum d'alcohol	428
7.1.6.	Models predictius del consum d'alcohol	429
7.1.6.1.	Consum d'alcohol	429
7.1.6.2.	Consum d'alt o baix risc per a la salut	430
7.1.6.3.	Consum massiu d'alcohol	431
7.1.6.4.	Alt consum	432
7.1.7.	Limitacions de la part quantitativa	432
7.2.	FASE QUALITATIVA	434
7.2.1.	Motius per consumir o no consumir alcohol	434
7.2.1.1.	Motius de consum	434
7.2.1.2.	Motius de no consum	439
7.2.1.3.	Motius de la primera experimentació	441
7.2.1.4.	Motius per abandonar el consum d'alcohol	442
7.2.2.	Edat propícia del consum d'alcohol	443
7.2.2.1.	Edat propícia d'inici al consum	443
7.2.2.2.	Edat legal d'inici al consum	444
7.2.3.	Tipologia de consum	446
7.2.3.1.	Segons l'edat i la freqüència de consum	446
7.2.3.2.	Segons el gènere	448
7.2.4.	Magnitud de consum	449

7.2.4.1. Magnitud de consum	449
7.2.4.2. Límit de consum	450
7.2.5. Risc per a la salut	452
7.2.6. Perillositat del consum d'alcohol	455
7.2.7. Consum d'alcohol del principals referents	457
7.2.8. Alternatives d'oci	459
7.2.9. Limitacions de la part qualitativa	460
7.3. INTEGRACIÓ DELS RESULTATS QUALITATIUS I QUANTITATIUS	461
8. PRINCIPALS CONCLUSIONS	469
8.1. CONCLUSIONS DE LA FASE QUANTITATIVA	469
8.2. CONCLUSIONS DE LA FASE QUALITATIVA	471
8.3. APLICACIONS PRÀCTIQUES DELS RESULTATS	472
REFERÈNCIES	481
ANNEXOS	507
ANNEX 1. GLOSSARI	507
ANNEX 2. QÜESTIONARI ADMINISTRAT A LA FASE I DE LA INVESTIGACIÓ	514
ANNEX 3. PRINCIPALS RESULTATS DE LA FASE I FACILITATS ALS PARTICIPANTS DE LA FASE II	521

Resum

Segons l'Organització Mundial de la Salut, el 50% de la població mundial d'entre 15 i 64 anys consumeix alcohol habitualment (OMS, 2004). D'acord amb un recent estudi publicat en la revista The Lancet, si s'avaluen els danys derivats del consum de diverses drogues, l'alcohol es pot considerar la més perillosa, ja que a més dels perjudicis que pot ocasionar en la salut del consumidor, té efectes negatius també en altres persones del seu entorn per la seva estreta relació amb els accidents de trànsit, la violència domèstica, els conflictes familiars, les malformacions fetals i l'increment de les despeses en el sistema sanitari o a causa de l'absentisme laboral (Nutt, King i Phillips, 2010). L'objectiu general d'aquesta tesi és conèixer la prevalença i el patró de consum d'alcohol en una mostra de 2,137 joves estudiants universitaris de primer cicle de la ciutat de Girona amb edats compreses entre els 17 i els 35 anys, així com estudiar algunes variables associades a l'ús i abús d'aquesta substància. S'utilitzà un disseny multimètode que integra la metodologia quantitativa (estudi d'enquesta) amb la metodologia qualitativa (grups focals), mitjançant l'estratègia metodològica de la combinació, de manera que els resultats obtinguts a partir de l'estudi d'enquesta han servit d'*input* per potenciar nous resultats a través dels grups focals. Dels resultats destaca que un 65% dels joves es consideren consumidors habituals d'alcohol, sobresortint un patró de consum no diari que se centra sobretot en el cap de setmana i lligat a l'oci nocturn. La influència social de pares, germans i amics es revela com una variable crucial en la iniciació i el manteniment del consum d'aquesta droga. A més, el consum habitual és més freqüent entre aquells que van experimentar més precoçment amb la substància. S'observa també que entre els homes és més habitual el consum massiu, no obstant el consum de les dones és més freqüentment considerat d'alt risc ja que menors quantitats d'alcohol ingerides poden afectar la seva salut. Si bé els joves reconeixen algunes repercussions socials negatives de l'abús de l'alcohol (problemes familiars, accidents, etc.), no perceben el perjudici que suposa per a la salut física el consum de grans quantitats d'aquesta substància. Al mateix temps, la normalització de grans quantitats de consum d'alcohol durant el cap de setmana fa que es justifiqui aquest hàbit durant una determinada etapa de la seva vida. Aquests resultats mostren la necessitat de procurar endarrerir el màxim possible l'edat de primera experimentació amb l'alcohol, informar degudament dels límits de consum que suposen un risc per a la salut i fomentar un oci nocturn alternatiu i saludable entre els joves.

Referències:

Nutt, D.J., King, L.A. i Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565.

OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2004). *Global Status Report on Alcohol*. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. Descarregat en 2 de novembre de 2007. Accesible a: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud, el 50% de la población mundial de entre 15 y 64 años consume alcohol habitualmente (OMS, 2004). De acuerdo con un reciente estudio publicado en la revista *The Lancet*, si se evalúan los daños derivados del consumo de varias drogas, el alcohol se puede considerar la más peligrosa, ya que a parte de los perjuicios que puede ocasionar en la salud del consumidor, tiene efectos negativos también en otras personas de su entorno por su estrecha relación con los accidentes de tráfico, la violencia doméstica, los conflictos familiares, las malformaciones fetales y el incremento del gasto en el sistema sanitario o a causa del absentismo laboral (Nutt, King i Phillips, 2010). El objetivo general de esta tesis es conocer la prevalencia y el patrón de consumo de alcohol en una muestra de 2,137 jóvenes estudiantes universitarios de primer ciclo de la ciudad de Girona con edades comprendidas entre los 17 y 35 años, así como estudiar algunas variables asociadas al uso y abuso de esta sustancia. Se utiliza un diseño multimétodo que integra la metodología cuantitativa (estudio de encuesta) con la metodología cualitativa (grupos focales), mediante la estrategia metodológica de la combinación, de manera que los resultados obtenidos a partir del estudio de encuesta han de servir de *input* para potenciar nuevos resultados a través de los grupos focales. De los resultados destaca que un 65% de los jóvenes se consideran consumidores habituales de alcohol, sobresaliendo un patrón de consumo no diario que se concentra sobretudo en el fin de semana y vinculado al ocio nocturno. La influencia social de padres, hermanos y amigos se revela como una variable crucial en la iniciación y mantenimiento del consumo de esta droga. Además, el consumo habitual es más frecuente entre aquellos que experimentaron más precozmente con la sustancia. Se observa también que entre los hombres es más habitual el consumo masivo, no obstante el consumo de las mujeres es más frecuentemente considerado de alto riesgo ya que menores cantidades de alcohol ingeridas pueden afectar su salud. Aunque los jóvenes reconocen algunas repercusiones sociales negativas del abuso de alcohol (problemas familiares, accidentes, etc.) no perciben el perjuicio que supone para la salud física el consumo de grandes cantidades de esta sustancia. Al mismo tiempo, la normalización de grandes cantidades de consumo de alcohol durante el fin de semana hace que se justifique este hábito durante una determinada etapa de su vida. Estos resultados muestran la necesidad de procurar retrasar el máximo posible la edad de primera experimentación con el alcohol, informar debidamente de los límites de consumo que suponen un riesgo para la salud y fomentar un ocio nocturno alternativo y saludable entre los jóvenes.

Referencias:

Nutt, D.J., King, L.A. y Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565.

OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2004). *Global Status Report on Alcohol*. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. Consultado en 2 de noviembre de 2007. Accesible desde: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

Abstract

According to the World Health Organization, 50% of the global population between 15 and 64 years old regularly consume alcohol (WHO, 2004). A recent study published in the Lancet journal reported alcohol to be the most dangerous drug. The reason for this high rating is that excessive alcohol consumption not only damages the consumers' health, it can also have a negative effect on those surrounding them, in terms of traffic accidents, domestic violence, family conflict, foetal malformations, increased spending in the health system and workplace absenteeism (Nutt, King & Phillips, 2010). The main objective of this thesis was to determine the prevalence and patterns of alcohol consumption in a sample of 2137 young college students from Girona, aged between 17 and 35 years old, and to study variables associated with the use and abuse of this substance. A multimethod design using a quantitative methodology (survey) and qualitative methodology (focus groups) was employed. The results obtained from the survey were used to generate those of the focus groups. Remarkably 65% of the participants in this study would be considered regular users of alcohol, with a particularly notable pattern of weekend consumption linked to their nightlife. The social influence of parents, siblings and friends was identified as a crucial variable in the initiation and maintenance of alcohol use. In addition, regular use was more common among those who were younger when they first experimented with the substance. Binge drinking was also more common among men, while high risk alcohol consumption was more common among women, due to the smaller volumes (than men) of alcohol needed to affect their health. However, the young people in the present study acknowledged some of the negative social consequences of alcohol abuse (family problems, accidents, etc), but they did not perceive any harm to their physical health caused by drinking large quantities of this substance. At the same time, the normalization of the consumption of large amounts of alcohol during the weekend appears to justify this habit for a certain period of his life. These results show the need to: delay the age at which experimentation with alcohol begins, inform young people of the risks of excessive alcohol consumption and promote a healthy alternative nightlife for them.

References:

Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565.

WHO (World Health Organization) (2004). *Global Status Report on Alcohol*. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

Introducció

L'alcohol és la substància psicoactiva més consumida a tot el món (ONU, 2005). Concretament, el 50% de la població mundial d'entre 15 i 64 anys pren aquesta substància habitualment (OMS, 2004). Les begudes alcohòliques preferides a nivell mundial són la cervesa, el vi i els licors per aquest ordre, essent Espanya el vuitè país amb més ingesta de vi del món. Europa és el continent amb major consum d'alcohol per càpita (European Commission, 2007) atès que tres quartes parts dels seus habitants n'han begut al llarg del darrer any. Espanya, per la seva banda, se situa al desè lloc del rànquing dels països europeus amb més consum d'alcohol (European Commission, 2006).

Les majors prevalences de consum són detectades entre la població juvenil. La Fundació de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (2006) realitzà un estudi entre més de 5 milions de joves espanyols d'entre 15 i 24 anys detectant un consum regular d'alcohol en el 70.8% d'ells, essent majoria els nois, així com els de major edat (78.3% d'entre 23 i 24 anys). El model de consum juvenil difereix del detectat entre la població adulta pel fet que la ingesta de begudes alcohòliques acostuma a realitzar-se durant els caps de setmana, habitualment durant el temps destinat a l'oci nocturn (FAD, 2006; García del Castillo, López i Quiles, 2006) sovint en gran magnitud cercant els efectes embriagants de l'alcohol, amb una ràpida incorporació de les noies en aquest patró de consum massiu (Generalitat de Catalunya, 2008; OMS, 2004).

La ingesta d'alcohol no realitza un pas per l'organisme sense produir efectes, tot al contrari, degut a la gran capacitat de difusió i distribució d'aquesta substància i ocasiona afectacions als següents nivells (OMS, 2004; 2008):

- **Físic.** Principalment al Sistema Nerviós Central (SNC), tot i que també a la resta d'aparells de l'organisme (digestiu, respiratori, cardiovascular, hematopoiètic, urogenital, en la regulació de la temperatura corporal i en la gènesi d'efectes teratògens).
- **Psicològic.** Les principals afectacions són: trastorns per abús i dependència, intoxicació etílica, síndrome d'abstinència, delirium, demència i trastorns amnèsics, psicòtics, d'ansietat, afectius, sexuals i del son (APA, 2002).

- **Social.** Les més destacades són: realització de conductes de risc, baix rendiment escolar, violència i conductes delictives.

Per tal de calcular la magnitud de consum d'alcohol de forma senzilla s'utilitza el terme Unitat de Beguda Estàndard (UBE) que equival a 10 grams d'alcohol pur consumit. Aquesta es pot conèixer mitjançant el còmput de les consumicions que s'han pres, un cop comprovades les UBE que li pertocuen a cada consumició i que es fa a través d'uns barems estandarditzats (per exemple a una copa de vi/cava li correspon 1 UBE mentre que a una copa de whisky equival a 2).

Segons un article recentment publicat a la revista mèdica *The Lancet*, l'alcohol és la droga més perjudicial de totes, per davant de l'heroïna i el crack, quan s'avaluen els danys produïts en el consumidor, així com també en la societat. L'explicació ve donada pel fet que l'alcohol, a banda de ser una de les drogues que més danys causa en la salut del consumidor, és la substància susceptible de causar més perjudicis a altres persones mitjançant: accidents de trànsit, violència domèstica, tensions familiars, malformacions fetals, costos pel sistema sanitari o bé absentisme laboral (Nutt, King i Phillips, 2010). No obstant, el seu ús tendeix a ser percebut de forma poc perillosa entre la població. Així, una situació considerada de perill mínim entre la població espanyola és un consum de 5/6 canyes o copes al de cap de setmana, així com s'atribueix un risc baix a aquest mateix consum a diari (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a). Aquest fet pot deure's al fet de ser l'alcohol una droga legal, socialment acceptada, àmpliament utilitzada en situacions quotidianes i de celebració.

D'altra banda, l'ús d'alcohol dels joves pot estar determinat per la influència dels seus principals referents de conducta. El modelat que exerceixen aquests sobre el jove pot instaurar en ell la conducta de consum, reforçar-la o eliminar-la segons el comportament que realitza el model (Bandura, 1987). Diferents autors han trobat una relació entre el consum d'alcohol en joves i el consum per part de pares, germans, amics i iguals (Espada, Pereira i García-Fernández, 2008; Salamó, Gras i Font-Mayolas, 2010).

La iniciació al consum de substàncies ha estat conceptualitzada com un procés per etapes. Així, des de l'adaptació del Model Transteòric de Canvi (Pallonen et al., 1998) es proposen onze etapes que inclouen l'adquisició i la cessació del consum. Aquestes etapes han estat estudiades principalment en mostres d'adolescents nord-americans i en el cas de l'ús de tabac. En el

present treball aquestes etapes s'analitzen en joves universitaris espanyols i pel que respecta a l'ús de l'alcohol.

El consum d'alcohol, en moltes ocasions, no esdevé de forma aïllada. En aquest sentit, s'ha evidenciat un policonsum de les drogues legals (entre consumidors adults de tabac durant el darrer any, un 86.1% també ha pres alcohol) i il·legals (un 95.9% d'aquelles persones que consumeixen cànnabis també prenen begudes alcohòliques) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). El policonsum és present en població juvenil ja que pràcticament la totalitat dels consumidors d'altres drogues consumeixen també alcohol (percentatges superiors al 90% en tots els casos i 86.1% entre consumidors de tranquil·litzants). A la inversa, s'observa que entre els joves bevedors d'alcohol un 59.3% fuma tabac, un 33.2% consumeix cànnabis, un 7.1% èxtasis, un 8% cocaïna i un 0.7% heroïna (FAD, 2006). Entre els joves, el policonsum de substàncies pren força dins el fenomen de *botellón* (reunions de grups de joves en espais públics, de nit, amb la finalitat de consumir alcohol i d'altres drogues) (Gómez-Fragüela, Fernández, Romero i Luengo, 2008). Aquest fet s'explica per la teoria de l'escalada (*The Gateway Hypotesys*) de Kandel (1973, 1975) la qual proposa que el consum de drogues legals, tabac i alcohol, pot actuar com a facilitador d'una posterior experimentació amb cànnabis i d'una possible progressió cap al consum d'altres drogues il·lícites.

Essent el consum d'alcohol un comportament estès entre els joves espanyols amb greus repercussions personals i socials, ens plantegem una investigació que ajudi a entendre millor el problema i que aprofundeixi en el coneixement de les variables que en ell influeixen. En aquest context, el nostre objectiu general és conèixer la prevalença i el patró de consum d'alcohol en una mostra d'estudiants universitaris de la ciutat de Girona així com estudiar algunes variables relacionades amb aquest consum.

Aquest treball està estructurat en vuit capítols. Els tres primers configuren la part teòrica, mentre que els cinc restants conformen la vessant empírica. A continuació es descriu de forma resumida el contingut de cada un dels capítols d'aquesta tesi.

En el **capítol 1** s'analitza la prevalença de consum d'alcohol a nivell mundial, europeu, espanyol i català, pel que respecta a adults i joves. També s'exposa l'edat d'inici al consum d'alcohol i es dedica un apartat al policonsum de substàncies.

En el **capítol 2** es presenten els efectes del consum d'alcohol. S'inicia el capítol amb una revisió de la farmacologia de l'alcohol. A continuació s'exposen les conseqüències negatives del seu consum a nivell físic, psicològic i social. Finalment es reserva un apartat per presentar els efectes beneficiosos del consum d'alcohol.

En el **capítol 3** s'efectua una revisió dels principals models teòrics relacionats amb l'adquisició del consum de substàncies. Concretament els models que s'exposen són: El Model d'Etapes Motivacionals Multicomponents (Werch i Diclemente, 1994), El Model Sociocomportamental (Bandura i Walters, 1979) i el Model Evolutiu de Kandel (Kandel, 1973, 1975).

En el **capítol 4** es plantegen els objectius de la investigació. Inicialment es presenta l'objectiu general i a continuació es detallen els objectius específics.

En el **capítol 5** es presenta la metodologia utilitzada en aquesta recerca la qual contempla una primera fase quantitativa i una segona fase de caire qualitatiu. Es descriuen les mostres estudiades, els instruments utilitzats i els procediments seguits durant la recollida de dades a les dues fases.

En el **capítol 6** es realitza l'anàlisi de les dades tenint en compte els objectius plantejats.

En el **capítol 7** es planteja la discussió dels resultats obtinguts en funció dels objectius, contraposant-los als resultats observats per altres autors en poblacions similars.

En el **capítol 8** s'exposen les principals conclusions d'aquesta investigació.

En darrer lloc, es presenten les referències i un annex on s'hi adjunta un glossari de termes, el qüestionari utilitzat en la primera fase de la recollida de dades, el material utilitzat per a portar a terme la segona fase de la investigació, així com un apartat que inclou les aplicacions pràctiques que deriven dels resultats.

I. FONAMENTACIÓ TEÒRICA

CAPÍTOL 1. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUM D'ALCOHOL

1.1. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUM

1.1.1. EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL

1.1.1.1. Població adulta

Les estimacions sobre el consum d'alcohol a nivell mundial apunten que uns 2 bilions de persones consumeixen aquesta substància de manera regular. Aquest valor representa el 50% de la població mundial general d'entre 15 i 64 anys. Tal i com s'observa a la Figura 1.1.1.1.1., la mitjana mundial de consum d'alcohol per càpita ha experimentat des de 1961 una tendència a l'augment que va assolir cotes màximes als anys 80 amb prop de 6 litres d'alcohol pur per càpita. Segons els darrers estudis a nivell mundial la mitjana de consum per càpita es troba estabilitzada en 5 litres (OMS, 2004; ONU, 2005).

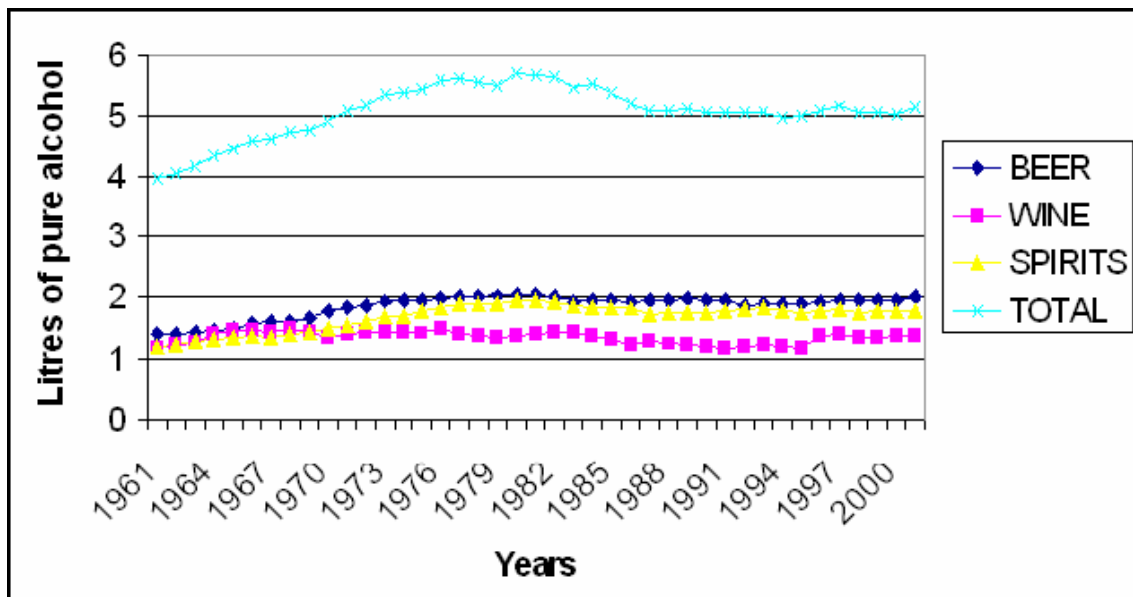


Figura 1.1.1.1.1.: Evolució del consum per càpita (1961-2000).

Font: Organització Mundial de la Salut (2004).

Per zones, el consum d'alcohol és major a la regió europea, bàsicament a l'est d'Europa, i a Àsia que en la resta de regions. Cal tenir en consideració, però, que molts països en desenvolupament veuen augmentar el seu consum d'alcohol a mesura que progressa la seva economia.

1. Epidemiologia del consum d'alcohol

Quant a les preferències, les begudes alcohòliques més consumides a nivell mundial són la cervesa, el vi i els licors per aquest ordre. En el cas de l'Àfrica, entre les consumicions amb alcohol de major demanda s'hi troben beuratges tradicionals.

En l'ordenació de països en relació al consum d'alcohol per càpita en litres d'alcohol pur (en persones majors de 15 anys), Espanya se situa en quinzè lloc sobre un total de 185 països analitzats. Si la revisió es realitza tenint en consideració el consum de les diverses begudes alcohòliques, l'Estat Espanyol es posiciona en el vuitè lloc en relació al consum de vi, si bé desapareix de la llista dels 20 països amb major consum pel que fa a cervesa i licors tal i com s'observa a la Taula 1.1.1.1.1. (OMS, 2004).

Taula 1.1.1.1.1.: Llistat dels 20 països amb major consum de begudes específiques (Consum en litres d'alcohol pur Per Càpita).

CERVESA PAÍS (CPC)	VI PAÍS (CPC)	LICORS PAÍS (CPC)
República Txeca 9.43	Luxemburg 9.43	República de Moldàvia 10.94
Irlanda 9.24	França 8.38	Reunió 8.67
Swazilàndia 7.49	Portugal 7.16	Rússia 7.64
Alemanya 7.26	Itàlia 6.99	Santa Lucia 7.27
Àustria 6.42	Croàcia 6.42	Dominica 7.20
Luxemburg 6.16	Suïssa 6.23	Tailàndia 7.13
Uganda 6.14	Argentina 5.63	Bahames 7.05
Dinamarca 6.02	Espanya 5.07	Letònia 6.62
Regne Unit 5.97	Bermudes 4.95	Haití 6.46
Bèlgica 5.90	Grècia 4.78	Bielorrússia 6.34
Veneçuela 5.69	Dinamarca 4.57	República Democràtica de Laos 6.09
Lituània 5.53	Àustria 4.47	Bòsnia Hercegovina 6.03
Eslovàquia 5.34	Hongria 4.47	Saint Vincent and Grenadines 5.98
Austràlia 5.20	Uruguai 4.35	República Democràtica de Corea 5.48
Croàcia 5.16	Alemanya 3.38	Eslovàquia 5.44
Holanda Antilles 4.96	Romania 3.37	Grenada 5.06
Holanda 4.91	Xile 3.25	Lituània 4.92
Finlàndia 4.89	Polinèsia francesa 3.10	Azerbaidjan 4.66
República de Tanzània 4.85	Bulgària 3.05	Kyrgyzstan 4.61
Gabon 4.77	República de Corea 2.99	República Txeca 4.41

Font: Organització Mundial de la Salut (2004).

Si revisem les xifres respecte al no consum d'alcohol a Espanya es detecta un 37.7% d'adults abstemis (26.9% homes i 48.7% dones). Els valors màxims i mínims d'aiguaders els prenen Egipte (99.5%) i Luxemburg (2.5%) respectivament.

En l'anàlisi de grans episodis de beguda s'observa que un 4.6% de la població adulta espanyola (8.5% homes i 1.6% dones) ha consumit 5 o més consumicions en una sola ocasió (consum massiu anomenat en anglès *binge drinking*). Els grans episodis de beguda es donen amb una freqüència mínima a The Comoros (0.2%) i màxima a Bèlgica i Canadà igualats en la taxa que encapçala el llistat (20.1%) (OMS, 2004).

1.1.1.2. Població juvenil

El model juvenil de consum d'alcohol és marcadament diferent al de la població adulta:

- La ingesta d'alcohol es concentra durant els caps de setmana i els dies festius, generalment durant el temps d'oci, sovint d'oci nocturn (FAD, 2006; García del Castillo et al., 2006; Gómez i Gómez, 2001).
- El consum esdevé fora de l'àmbit familiar, freqüentment al carrer com a conseqüència del fenomen del *botellón* o bé en llocs de relació dels joves (bars o discoteques) i en companyia dels amics (Chau i Oblitas, 2007; García del Castillo et al., 2006; Generalitat de Catalunya, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Pascual, 2002).
- El motiu principal de consum és la búsqueda de diversió i noves sensacions (Redondo, Mirón i López, 2001).
- La magnitud de consum acostuma a ser massiva buscant els efectes embriagants de l'alcohol, amb una ràpida incorporació de les noies en aquest patró de consum massiu (Duran, Larriba i Suelves, 2002; Generalitat de Catalunya, 2008; Gómez i Gómez, 2001; OMS, 2004).
- S'ha experimentat un desplaçament del consum de vi a favor de la cervesa i combinats d'alta graduació. Per tant el model de consum no es correspon amb les pautes de beguda mediterrània on s'acostuma a prendre vi a diari de forma moderada i associat a la relació social, sinó que s'opta pel model anglosaxó o nòrdic que consisteix a beure grans quantitats d'alcohol, en dies festius, amb la finalitat de divertir-se o emborratxar-se (Gómez i Gómez, 2001; Redondo et al., 2001).

- Aquestes variables no mostren diferències en funció del nivell social i d'estudis (Secades, 1998).

Des de mitjans dels anys 80 el consum d'alcohol ha seguit dues línies. Per una banda s'ha incrementat de forma notòria el nombre d'abstemis i per l'altra, ha augmentat el nombre de grans bevedors. És a dir, el nombre de persones que prenen alcohol, en general, ha disminuït però al mateix temps ha augmentat la quantitat d'alcohol consumida entre els que continuen bevent (Muñoz-Repiso, 2002; Secades, 1998). En consonància amb aquesta idea l'OMS (2004), després de la realització de l'Enquesta Mundial de la Salut, afirmà que la taxa d'abstinència entre els joves d'entre 18 i 24 anys oscil·lava entre el 6.7% de Letònia i el 98.6% de The Comoros. A l'extrem oposat, i en relació al consum massiu els índex fluctuaven del 0.2% del Líban i Malàisia al 20.1% de la població juvenil de la República Txeca. Als continents europeu (com ara a Espanya i a la República Txeca) i americà (per exemple a Brasil i a la República Dominicana) els adults joves (d'entre 18 i 24 anys) tenen més probabilitat d'esdevenir consumidors massius ocasionals que la població adulta general. Si bé aquest patró està essent imitat a d'altres països com Israel i Filipines. Tot i que el consum massiu encara és més prevalent entre la població masculina s'ha detectat un clar increment de dones realitzant aquesta modalitat de consum (Livingston i Room, 2009). Tant és així que fins i tot en alguns països el consum massiu ja és majoritari en les noies, com és el cas d'Austràlia en l'interval de 14 a 19 anys i de Lituània en la franja d'edat de 15 i 16 anys (OMS, 2004).

El *National Center For Health Statistics* va publicar l'any 2009 un recull de dades sobre la salut de la població dels **Estats Units**. La informació va ser obtinguda dels arxius de dades i informes de premsa del govern federal, així com d'organismes i organitzacions mundials i particulars. De l'informe en destaca que un 65.8% dels participants d'entre 18 i 44 anys es declararen consumidors actuals d'alcohol (71.4% homes i 60.4% dones). Concretant en aquesta categoria de consum per edats, es descobreix un 59.3% de consumidors d'entre 18 i 24 anys (62.7% homes i 4.5% dones) i un 68.1% d'entre 25 i 44 anys (75.3% homes i 62.4% dones). Per altra banda, i en relació al consum massiu, havien realitzat com a mínim un episodi de *binge drinking* en el passat any el 27.6% de les persones d'entre 18 i 44 anys (37% homes i 18.4% dones), així com el 31.3% dels joves d'entre 18 i 24 anys (39.3% homes i 23.5% dones) i el 26.3% d'entre 24 i 44 anys (36.2% nois i 16.7% noies).

Els resultats derivats d'un estudi realitzat per Palmer et al. (2009) permeten concloure que el consum d'alcohol tendeix a incrementar-se a mesura que augmenta l'edat. Aquests autors analitzaren una mostra de 1,733 parelles de bessons nord-americans en dues onades, l'una quan aquests tenien una edat mitjana de 14.7 anys ($DT = 2.1$) i la segona quan el promig de la seva edat coincidia amb els 19.8 anys ($DT = 2.3$). Els resultats mostraren que l'experimentació amb aquesta substància fou del 53.1% en la primera onada (55.5% en nois i 51% en noies) i del 83.6% en la segona (84.6% i 82.8% en nois i noies respectivament). Aquesta tendència s'observà també en l'ús repetit de la substància, essent present en un 22.3% de casos a l'adolescència (21% nois i 23.4% noies), mentre que el percentatge ascendí a 65.7% a l'inici de l'adulthood (68.4% nois i 63.4% noies). Aquest mateix patró va esdevenir pels casos detectats d'abús d'alcohol passant del 4.6% a les edats més joves (5% i 4.3% en nois i noies respectivament) al 10% (12.4% nois i 7.9% noies), detectant-se en aquest darrer cas diferències significatives segons el gènere. Els percentatges de dependència també es mostraren clarament incrementats amb l'edat, observant casos pràcticament inexistents a la primera onada de resultats (1.4%; 1.1% nois i 1.6% noies) fins assolir el 12.3% a la segona (16.2% nois i 8.9% noies). En la mateixa línia s'analitzaren criteris comuns d'abús i dependència detectant un 6% d'adolescents sota aquesta categoria (6.1% nois i 5.8% noies), així com un 22.4% de joves en la segona onada de respostes (28.7% nois i 16.7% noies, amb diferències per gènere).

A continuació es presentaran dades epidemiològiques del consum d'alcohol en població universitària, focus principal d'aquest estudi. En primer lloc s'exposen dades corresponents a Nord i Sud Amèrica, i tot seguit s'aportaran xifres de la resta del món.

Talbott et al. (2008) estudiaren una mostra de 224 estudiants universitaris nord-americans de primer any amb una edat mitjana de 18.5 anys ($DT = 0.4$). Detectaren que la mitjana de dies en que els joves havien pres alcohol al llarg del darrer mes fou de 6.2 ($DT = 4.9$), essent més elevat en el cas dels nois ($M = 8$, $DT = 5.8$) que en les noies ($M = 5.4$, $DT = 4.1$). Per altra banda, van demanar als participants quin fou el major nombre de begudes consumides en una mateixa ocasió al llarg del darrer mes, essent la mitjana 6.5 ($DT = 5$). Al mateix temps, es preguntà als joves si al llarg dels darrers 30 dies havien variat la magnitud de consum i s'observà que el 42.3% havia mantingut el consum habitual, el 30.3% l'havia augmentat i el 22.2% disminuït.

La prevalença d'abstenció de consum d'alcohol en població universitària **nord-americana** se situà en el 18.7% segons l'estudi realitzat per Grossbard, Geisner, Mastroleo, Kilmer, Turrisi i

Larimer (2009), portat a terme entre 1,119 universitaris de primer curs amb una edat mitjana de 18 ($DT = 1.7$). Per altra banda, el nombre mitjà de begudes alcohòliques consumides setmanalment, entre els consumidors, va ser de 4.75 de forma genèrica ($DT = 7.3$) si bé aquest valor fou significativament més elevat en el cas dels nois ($M = 7.2$) en comparació amb les noies ($M = 5.7$).

A partir d'un estudi realitzat novament amb una mostra de 75 estudiants universitaris dels Estats Units, les edats dels quals oscil·laven entre els 20 i els 23 anys ($M = 20.1$, $DT = 1.1$), Colby, Colby i Raymond (2009) analitzaren la ingesta d'alcohol en els darrers 3 mesos. Els resultats indicaren que el 96% dels participants havia consumit alcohol durant aquest període, així com que el 87% havia realitzat algun episodi de *binge drinking*. Els nois informaren d'un major nombre de begudes per ocasió i foren considerats bevedors d'alt risc en major proporció que les noies (77% vs. 47%).

També en el treball de Harrell i Karim (2008) s'analitzà una mostra de 406 estudiants universitaris nord-americans amb edats compreses entre els 17 i els 26 anys. La mitjana de dies en que aquests havien begut alcohol en el transcurs del darrer mes va ser de 3.1 ($DT = 1.6$), essent més freqüent en el cas del gènere masculí (3.8 vs. 2.8). Per altra banda, el nombre d'episodis de *binge drinking*¹ realitzats durant els darrers 15 dies se situà en 2.1 de mitjana ($DT = 1.4$), essent novament més habitual en els nois (2.6 vs. 1.9).

En aquest mateix sentit, Lewis i O'Neill (2000) examinaren el consum d'alcohol de 116 estudiants **nord-americans** de primer cicle de la llicenciatura de Psicologia mitjançant el test CAGE (acrònim de cut-annoyed-guilty-eye) (Ewing, 1984) el qual consta de 4 preguntes (1) Ha sentit alguna vegada que hauria de beure menys?, 2) Li ha molestat que la gent el critiqui per la seva forma de beure?, 3) Alguna vegada s'ha sentit malament o culpable per la seva forma de beure?, 4) Alguna vegada ha necessitat beure al matí per calmar els nervis o eliminar molèsties per haver begut la nit anterior?) i el 41.4% dels participants van relatar consums problemàtics (3 o més respostes afirmatives).

Les diferències de gènere detectades en alguns estudis van portar a LaBrie, Thompson, Ferraido, García, Huchting i Shelesky (2008) a l'anàlisi de 214 estudiants universitàries **nord-**

¹ Consideren *binge drinking* el consum d'almenys 4 begudes en dones i 5 o més en homes en un breu interval de temps.

americanes de primer curs amb una edat mitjana de 18 anys ($DT = 0.4$). Els resultats mostraren que el 65% d'elles havien pres alcohol durant el mes anterior a l'estudi, amb una mitjana de 3.4 begudes per ocasió ($DT = 1.5$), així com una mitjana mensual de 18.7 begudes ($DT = 20.1$).

En la mateixa línia, Krahn, Kurth, Gomberg i Drewnowski (2005) també centraren els seus estudis en les noies universitàries de primer any de carrera dels Estats Units. Formaren part de la recerca 1,447 joves amb una edat mitjana de 17.7 anys. El 90% d'elles havia provat l'alcohol almenys una vegada a la seva vida, el 61% ho havia fet en el mes anterior i el 35% ho practicava de forma setmanal. El 28% de les participants de la recerca havia realitzat *binge drinking* al llarg de les dues últimes setmanes i el 41% d'elles mencionava haver sofert almenys una conseqüència negativa derivada del consum: el 22% va beure més del que tenia planejat, el 13% va patir la pèrdua de coneixement, mentre que el 12% va practicar sexe no desitjat o no planificat.

Atès que l'edat mínima legal per consumir alcohol als **Estats Units** se situa als 21 anys Martínez, Muñoz i Sher (2009) focalitzaren el seu treball en una mostra de 865 estudiants per sota d'aquesta edat. El 52.8% dels participants, tot i tenir prohibit el consum per llei, havia experimentat com a mínim un episodi de *binge drinking* al mes al llarg del darrer any, mentre que el 20.5% ho havia fet entre 1 i 11 vegades en el passat any. Per altra banda, un 20.4% dels estudiants afirmaren haver-se emborratxat en una o dues ocasions al llarg de la setmana en què transcorregué l'entrevista, i el 35.5% havia practicat el "*booting and rallying*" (vomitar com a conseqüència d'un consum excessiu d'alcohol i continuar bevent begudes amb contingut alcohòlic immediatament després) com a mínim 1 cop a la seva vida.

A **Amèrica del Sud** el consum d'alcohol també és una pràctica habitual entre els joves universitaris. Londoño (2007) atribueix aquest fet a la seva accessibilitat que fa que, juntament amb el tabac, formi part de la vida universitària dels joves.

La dada més destacable de la recerca sobre substàncies lícites i il·lícites portada a terme per Gómez, Herde, Laffee, Lobo i Martin (2007), entre 1,055 estudiants universitaris de la Facultat d'Enginyeria de **Veneçuela**, fou que l'alcohol era la droga amb major prevalença de consum. Aquesta substància havia estat consumida en alguna ocasió pel 85.3% dels joves. A més, era la droga amb major consum en l'actualitat (36.6%), seguida del tabac (17.3%), el cànnabis (15.2%), la cocaïna (9.4%), l'èxtasi (5%), l'heroïna (4.8%), la pasta base de coca (3.3%), el crack (2%),

els inhalants (1.7%), els barbitúrics (1.5%), les amfetamines (1%) i d'altres (1.5%). La freqüència de consum de l'alcohol va ser majoritàriament cada cap de setmana (34.7%), seguida d'un cop al mes o en una festa (32.7%), entre 2 i 3 cops per setmana (9%) i finalment a diari (7.6%).

La major prevalença del consum d'alcohol respecte a la resta de substàncies psicoactives també ha estat detectada en d'altres estudis epidemiològics, concretament Zárata et al. (2006) examinaren el consum de substàncies legals en una mostra de 2,074 estudiants de 9 carreres vinculades amb la salut a **Lima, Perú**. Entre aquests, el 81.9% prenia tabac, mentre que un percentatge superior alcohol (94.3%). Les diferències en el consum de substàncies lícites ha estat també l'objectiu de Rodríguez, Fernández, Hernández i Ramírez (2006), els quals les analitzaren en una mostra de 400 estudiants universitaris **xilens** d'entre 18 i 26 anys ($M = 21.4$, $DT = 1.8$). El consum d'alcohol assolí el 91.7%, superant el tabac (82.1%) entre aquells estudiants que s'havien vist involucrats en baralles en el transcurs del darrer any. No obstant, els percentatges de consum de tabac i alcohol foren de 75.3% i 89.2%, respectivament, entre aquells joves que no havien experimentat baralles.

A **Bogotà** la prevalença de consum d'alcohol, alguna vegada al llarg de la vida, en la població universitària se situa en el 88.3%, alguna vegada al llarg del darrer any en el 88.4%, i el darrer mes en el 51.5% (Londoño, 2007).

L'epidemiologia del consum d'alcohol en els darrers 6 mesos, observada per Chau i Oblitas (2007) en una mostra de 1,081 estudiants universitaris **peruans** amb una edat mitjana de 19 anys ($DT = 1.8$), fou del 82.2%, essent aquest percentatge més elevat en el cas dels nois (89.1% vs. 74.8%). A continuació, analitzaren la magnitud de consum descobrint que entre setmana (de dilluns a dijous) un 58.8% dels universitaris prenen entre 1 i 2 begudes, mentre que un 18.9% en bevia entre 3 i 4. El cap de setmana, els percentatges majoritaris van recaure sobre 1-2 begudes (37%), seguit dels que en prenen entre 3 i 4 (19.8%), tot i que un 15% en bevia 5, un 14.2% en prenia 6 i un 14.2% entre 7 i 8. Val a dir, que el 37.8% dels participants de l'estudi havien realitzat episodis de *binge drinking* (un 9.4% en el transcurs del darrer mes i un 3.8% de forma setmanal). També s'estudià en aquest treball la freqüència en que s'havien experimentat episodis de consum amb incapacitat de detenir-lo, fet que succeí en 1 de cada 5 estudiants en els darrers 6 mesos (24.7% nois i 13.5% noies), de forma mensual en el 4.3% dels joves (6.2% nois i 2.3% noies) o bé setmanal o diària en l'1.3% (2.4% nois i 0.2% noies). Per altra banda, s'analitzà la freqüència en que s'havia consumit alcohol fins a embriagar-se, havent-ho

manifestat el 26.9% dels joves en els 6 mesos anteriors a l'estudi (33.3% nois i 20.1% noies), de forma mensual el 4.2% (5.3% nois i 3.1% noies), i de forma setmanal o bé diària el 2% (3.3% nois i 0.6% noies). Aquests consums es portaven a terme acompanyats dels amics en el 99% dels casos. Per altra banda, la beguda preferida pels joves fou la cervesa (57.8%, de forma més clara entre els nois: 65.3% vs. 48.3%), restant en segon lloc el consum de licors, whisky o rom (20.3%).

En l'anàlisi de les diferents tipologies i magnitud de consum d'alcohol, Londoño i Valencia (2008) van realitzar una recerca entre 255 estudiants universitaris **colombians** d'entre 16 i 33 anys. El 91.4% va reportar consumir alcohol, dels quals el 22% mantenia un nivell de consum de risc o dependència, el 38.8% un consum moderat i un 30.6% un consum esporàdic segons puntuacions obtingudes al test AUDIT (veure apartat 2.1.5.2.). Més de la meitat dels joves (56.5%) van confessar haver patit com a mínim un episodi d'embriaguesa al llarg del darrer mes. Per altra banda, les begudes preferides pels bevedors foren la cervesa (62%) i l'aiguardent (34.1%). Aquests percentatges guarden certa similitud amb els que la mateixa autora detectà en un estudi previ (Londoño, García, Valencia i Vinaccia, 2005) amb una mostra de 450 estudiants universitaris entre 16 i 25 anys amb una edat mitjana de 20.9 anys. Detectaren únicament un 13.3% sota la categoria de no consumidors. La meitat de la mostra efectuava consums moderats, tot i que un 27.8% consumia alcohol a nivells perjudicials i un 8.9% presentava criteris per un diagnòstic de dependència a aquesta substància.

Segons dades obtingudes en una recerca portada a terme per Mora-Ríos i Natera (2001) en un conjunt de 678 estudiants de diverses carreres d'universitats, tant públiques com privades de la ciutat de **Mèxic**, es descobrí una proporció de no consumidors d'alcohol del 17.1%, de forma predominant entre les noies (5.5% nois i 11.7% noies). Paral·lelament, es trobà un 82.9% de joves consumidors: 51.5% havien realitzat consums moderats el darrer any (menys de 5 copes per ocasió) (18.4% nois i 33% noies), i 31.4% havien efectuat consums elevats d'alcohol, o episodis de *binge drinking* (23.7% nois i 7.7% noies). En l'anàlisi del consum d'alcohol segons l'edat els autors observaren patrons diferents entre nois i noies. És a dir, els episodis de consum massiu s'incrementaren amb l'edat entre els nois (dels 19 als 25 anys) i entre les noies augmentà dels 19 als 22 anys, tot i que tornà a disminuir a partir dels 21 anys.

Tot i que són majoritàries, les dades en relació al consum d'alcohol dels universitaris no se centren únicament al continent americà, a tall d'exemple Fu, Ko, Wu, Cherng i Cheng (2007)

realitzaren un estudi entre 3,584 estudiants de primer cicle de **Taiwan**. Analitzaren la ingesta d'alcohol durant els darrers tres mesos, detectant majors consums entre els participants masculins (Mitjana de nois = 4.6, $DT = 2.6$; Mitjana noies = 3.6, $DT = 1.2$), així com una major freqüència de consum entre ells (Mitjana de nois = 4.6, $DT = 2.3$; Mitjana de noies = 3.8, $DT = 1.5$).

1.1.2. EPIDEMIOLOGIA A EUROPA

1.1.2.1. Població adulta

Europa és el continent amb el major consum d'alcohol per càpita en el món (*European Commission, 2007*). A la Figura 1.1.2.1.1. es presenta el consum total d'alcohol per bevedor segons el país. La mitjana de consum per càpita anual als països europeus se situa al voltant dels 11 litres (aproximadament el doble de la mitjana mundial) (*European Commission, 2006a*). En aquest sentit, les tres quartes parts dels ciutadans de la Unió Europea relaten haver pres begudes alcohòliques durant els últims 12 mesos (84% homes i 68% dones). De fet, la majoria d'aquests ciutadans (87%) refereixen també haver begut en els darrers 30 dies (*European Commission, 2007*). En l'anàlisi del consum general dels països europeus, tal i com s'observa en la Figura 1.1.2.1.2., Espanya se situa en el desè lloc sobre els 31 països analitzats (*European Commission, 2006a*).



Figura 1.1.2.1.1.: Consum total d'alcohol per bevedor a Europa l'any 2002.
Font: *European Commission (2006a)*.

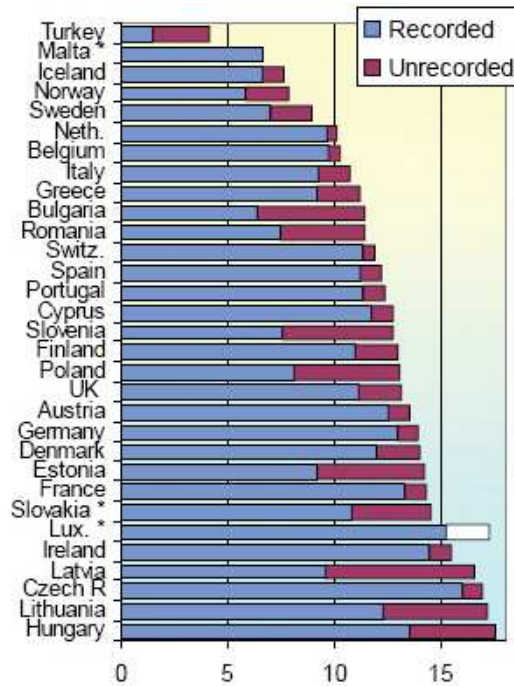


Figura 1.1.2.1.2.: Consum d'alcohol pur per països (litres per any per persona major de 15 anys)².

Font: *European Commission* (2006a).

Més concretament, en l'anàlisi de la periodicitat del consum d'alcohol a l'Estat Espanyol (*European Commission*, 2007) descobrim:

- Consum diari: Espanya (25%) se situa en tercer lloc just després de Portugal (47%) i Itàlia (26%), mentre que la mitjana europea se situa en un 13% (essent el doble la proporció d'homes que de dones).
- Consum 2/3 cops per setmana: Espanya (27%) assoleix el segon lloc després d'Anglaterra (33%), situant-se lleugerament per sobre la mitjana europea (23%, format pel doble d'homes que de dones).

² Recorded: Consum comptabilitzat mitjançant venda domèstica legal. Unrecorded: estimació de consum comptabilitzant venda domèstica il·legal i ventes importades privades.

- Consum 2/3 cops per mes: Espanya tanca la llista per la part baixa (9%), tanmateix la mitjana europea es troba en un 17%, amb una inversió de la predominança masculina i per tant, essent més freqüent entre les dones (21%) que en els homes (13%).
- Consum 1 cop el darrer mes: Espanya és el penúltim país del rànquing (7%) després d'Itàlia (6%). La mitjana europea és de 13% amb més freqüència femenina (18% en dones i 8% en homes).

A la Figura 1.1.2.1.3. es presenten els episodis de consum massiu d'alcohol als països de la regió europea. Respecte al consum massiu en una sola ocasió (5 o més begudes), Espanya encapçala la llista de països que responen haver-lo practicat varies vegades a la setmana al llarg dels últims 12 mesos, amb un 28% de persones (la mitjana europea se situa en un 13%). Per altra banda, quan la periodicitat és setmanal Espanya ocupa el segon lloc del rànquing amb un 21% (mitjana europea: 15%). En totes les categories esmentades s'observen diferències de gènere essent més freqüent el consum massiu d'alcohol entre els homes.

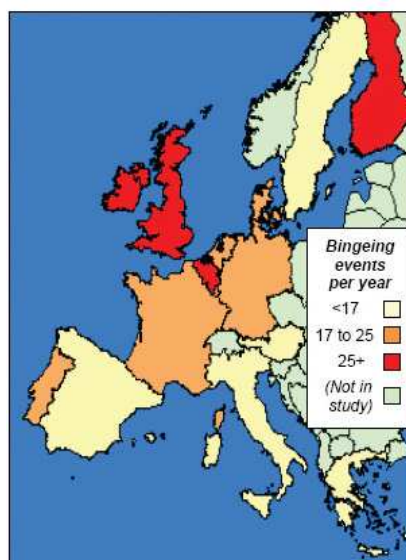


Figura 1.1.2.1.3.: Consum d'alcohol massiu en la regió europea (2002).

Font: *European Commission* (2006a).

Pràcticament la meitat de l'alcohol consumit al continent europeu (44%) ho és en forma de cervesa, mentre que la resta es divideix entre el vi (34%) i licors (23%). Per zones, al nord i centre Europa es concentra la major ingesta de cervesa, mentre que al sud es consumeix majoritàriament vi, a excepció de l'Estat Espanyol (European Commission, 2006b).

En tots els països estudiats per l'European Commission (2006b) els homes beuen més que les dones, essent les diferències majors pel que respecta al consum excessiu d'alcohol o la intoxicació. En canvi, en la ingesta d'alcohol al llarg del darrer any la distància entre homes i dones tendeix a minimitzar-se. Segons el país d'anàlisi aquestes divergències es mostren més o menys destacables, encara que es detectaren tres patrons pel que respecta al consum igualitari: 1) països on la beguda està ben integrada a la vida quotidiana (tal és el cas d'Itàlia) i el consum tendeix a la igualtat, 2) països amb baix consum d'alcohol entre les dones (Suïssa), 3) països on el model igualitari només s'assoleix entre aquelles persones que reporten baixos consums (Holanda i Alemanya). Tanmateix, la disparitat del consum entre homes i dones, tant en la freqüència de beure com en l'assoliment d'estats d'embriaguesa, sembla ser major en països nòrdics, així com al Regne Unit. No obstant, existeix l'expectativa que el patró de beguda de les dones s'aproximi al dels homes en un futur pròxim, degut a factors com la creixent independència de la dona, així com la tendència a la formació d'una nova família cada vegada més tardana.

1.1.2.2. Població juvenil

Posant l'atenció sobre els joves adults (entre 18 i 29 anys o bé entre 20 i 34 anys depenent de l'estudi de referència aportat per l'European Commission, 2006), ens trobem que els grups d'edat més joves presenten el major nivell de consum en comparació amb els adults de més edat al nord d'Europa, Irlanda i Regne Unit, tot i que aquest fenomen succeeix a la inversa en països centreeuropeus. En general, les persones d'entre 19 i 29 anys representen entre el 20%-45% del consum total de dones i homes d'entre 19 i 65 anys, segons el país d'anàlisi, essent del 38% per exemple en el cas d'Irlanda. No obstant, i de forma genèrica, els joves adults consumeixen alcohol amb menor freqüència que aquells que els superen en edat, de forma destacada al sud d'Europa o a Alemanya. Un factor important darrere d'aquest fet es troba en la preferència dels més joves de beure en llocs públics com bars en lloc de fer-ho durant els àpats i de forma genèrica durant la tarda/nit, com en són característics els consums al Regne Unit i a Itàlia.

També els episodis d'intoxicació acostumen a donar-se en major freqüència entre els més joves, amb algunes excepcions en zones del nord d'Europa, el Regne Unit i Irlanda, entre d'altres. El gènere esdevé un element diferencial d'aquest tipus de consum ja que a la regió del Bàltic existeixen majors taxes de consums massius ocasionals entre els joves (de 20 a 34 anys), en comparació amb els adults de més edat (de 35 a 49 anys) entre les dones, però no en els homes d'Estònia, Letònia, Lituània i Finlàndia. En general, les divergències entre homes i dones són inferiors entre els adults joves, així com en els adolescents, en comparació amb les detectades en adults de més edat. En relació a la beguda predilecta dels adults més joves apareix la cervesa en primer lloc.

El consum majoritari dels joves, lluny del patró de consum diari, esdevé en moments destinats a l'oci, sobretot en situacions de cap de setmana o festes. Recentment, Hesse i Tutenges (2009) es van proposar l'anàlisi del patró habitual de consum dels joves danesos, així com les variacions d'aquest patró quan aquests marxaven de vacances a d'altres països europeus. Van analitzar una mostra de 1,101 joves danesos d'una edat mitjana de 19.9 anys detectant que el consum d'alcohol havia augmentat durant les vacances essent major que al país d'origen (el 43% havia pres 12 o més UBE³ per dia en 6 o 7 dies a la setmana). Els mateixos autors l'any 2010 examinaren 112 participants d'entre 16 i 25 anys amb una edat mitjana de 19.5 anys. En aquest cas, a Dinamarca, abans de marxar de vacances, un 70% bevia unes 6 UBE setmanals de mitjana, mentre que el 84% de les persones de l'estudi havien practicat com a mínim un episodi de gran consum⁴. Durant les vacances es van realitzar tres entrevistes als participants, descobrint que el 70% dels joves havien consumit més de 6 UBE cada vegada que havien complimentat el qüestionari (per tant, com a mínim tres vegades al llarg d'una setmana), essent la mitjana de begudes consumides 17.4 (*DT* = 12.6), amb un rang de 0 a 100 begudes (rang interquartil 9-25). Per altra banda, el 70.5% dels joves van consumir com a mínim 12 UBE almenys un cop durant el període de vacances analitzat (Hesse i Tutenges, 2010).

³ UBE: Unitat de Beguda Estàndard. Cada UBE equival a 10 grams d'alcohol pur. A mode d'exemplificació una canya de cervesa té com a equivalència 1 UBE, mentre que una copa de whisky equival a 2 (veure apartat 2.1.2.3.).

⁴ Els autors van considerar un gran episodi de consum si l'endemà d'aquest la persona era incapaç de recordar què havia passat la nit anterior.

1.1.3. EPIDEMIOLOGIA A ESPANYA

1.1.3.1. Població adulta

La droga psicoactiva de consum més estès a l'Estat Espanyol és l'alcohol, seguida del tabac (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b). En aquest sentit, s'observa que un 88% de la població espanyola general ha consumit alcohol en alguna ocasió. Paral·lelament, aproximadament tres quarts parts de la població espanyola (72.9%) n'ha pres al llarg del darrer any, un 60% en l'últim mes i un 10.2% a diari al llarg dels darrers 30 dies.

S'observen diferències que responen al gènere en referència al consum habitual (80.4% d'homes vs. 66.4% de dones), tot i que les diferències s'accentuen quan ens referim a un consum intens. Així, el quocient de prevalences home/dona va ser únicament de 1.2 per la prevalença anual de consum, de 2.1 per la prevalença anual d'estats d'embriaguesa, d'1.5 per la prevalença mensual de consum, de 2.7 en la prevalença mensual de *binge drinking* i de 3.2 per la prevalença de consum diari en el darrer mes.

Les begudes alcohòliques amb major consum relatat, per persones entre 35 i 64 anys, durant el cap de setmana són la cervesa i la sidra (35.4%), seguides del vi o cava (33.9%) i els combinats/cubates (12.5%). En canvi, les begudes alcohòliques més consumides entre setmana són el vi i el cava (23.1%), novament amb major consum masculí. En segon lloc se situa el prendre cervesa amb un 21.9% de consum en dies laborables.

Pel que respecta a les intoxicacions etíliques, el 19.2% de la població general va patir-ne al llarg de l'últim any; essent més freqüents entre els homes (25.6% vs. 12.4%). En comparació amb tendències observades en anys anteriors s'ha detectat una estabilització o descens de les intoxicacions etíliques en el grup entre els 35 i 64 anys, si bé aquest fet succeeix de forma contrària entre la població més jove (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a).

Si s'analitza el consum en funció de les regions del país detectem que les Illes Balears i Catalunya encapçalen les comunitats amb major consum referit en els darrers 30 dies. Si l'anàlisi s'estableix en relació al consum diari, les Illes Balears continuen liderant l'estadística, seguides de Galícia i Múrcia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

En l'anàlisi del perill per a la salut del consum d'alcohol, es considera que són bevedors d'alt risc els homes que consumeixen 5 UBE i les dones que prenen 3 UBE o més al dia. Se situen sota aquesta condició un 5.5% dels espanyols amb predomini entre els homes (6.5% vs. 4.1%). L'edat prevalent d'aquest consum de risc es troba entre els 15 i 34 anys (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

El projecte SUN que pretén realitzar un Seguiment de les persones que han estat en algun moment estudiants de la Universitat de Navarra, la majoria titulats, amb un compromís de resposta cada dos anys, engloba un total de 6,711 participants d'entre 25 i 70 anys, amb el major volum de persones entre els 25 i els 50 anys. En la primera entrevista realitzada l'any 2000, un 12.6% d'homes i un 29.7% de dones eren abstemis. D'entre els que prenen alcohol habitualment, consumien entre 0.1-9.9 g/dia el 51.6% dels homes i el 59.3% de les dones, entre 10-25 g/dia un 15.6% d'homes i 9.5% de dones, i més de 25 g/dia 10.2% homes i 1.5% dones. Alhora es va analitzar la mitjana de g/dia consumits en funció de variables com la jornada laboral actual. Els majors consumidors van resultar, en el cas dels homes, aquells amb una jornada completa (11.3%), seguits dels jubilats (10.7%), aquells a l'atur (10.4%), aquells amb una jornada de treball a temps parcial (8.6%) i els estudiants (7.3%). En el cas de les dones van resultar consumir més quantitat d'alcohol de mitjana, les jubilades (4.5%), seguides d'aquelles treballadores amb jornada completa (4.4%), les mestresses de casa (3.7%), les que treballaven a temps parcial (3.6%), les que estaven a l'atur (3.5%) i per últim les estudiants (3.1%) (García de Albéniz, Guerra, Ortega, Sánchez, Martínez, 2004).

També a Navarra, els autors Teruel, Martínez, Baleztena, Fuertes i García de la Noceda (2003) estudiaren el consum de 351 persones majors de 14 anys que assistiren a un centre de salut. Un 5.4% de les persones analitzades bevia en excés (13 homes i una dona), amb una edat mitjana de 55 anys (IC = 29-81). Per altra banda, els majors de 34 anys reportaven majors consums diaris.

Amb tot, els homes consumeixen alcohol amb més freqüència i ingereixen majors quantitats, així com registren patrons d'abús molt superiors a les dones. Ara bé, es detecta un increment de consum en les dones, de manera que segons dades de *l'Observatorio de Galicia sobre Drogas* (2007), el consum abusiu entre els homes ha experimentat una tendència decreixent passant d'un 18.2% l'any 1992 a un 10.3% el 2004, mentre que en les dones s'ha duplicat la prevalença passant del 2.5% al 5.1% durant el mateix període. El mateix informe reflexà que un 61.5% de la

població era abstèmia (44.2% d'homes i 77.3% de dones). De la resta de consumidors, el 30.9% practicava un consum lleuger o moderat (45.5% homes i 17.6% dones). Per edats, es declaren els índex més baixos d'abstemis, en les edats màximes, el 52.2% d'aquells amb edats compreses entre els 40 i 54 anys, així com el 55.1% als 55 o més anys (vers el 66.3% entre 25 i 39 anys). Per altra banda, en la categoria de consum moderat se situa el 27.2% dels adults d'entre 25 i 39 anys, així com el 37.6% d'entre 40 i 54 anys, i el 38% de 55 o més anys. S'observa un consum abusiu per edats, esdevé entre el 6.5% dels joves d'entre 25 i 39 anys, el 10.2% entre 40 i 54 anys i el 6.9% de 55 o més anys.

1.1.3.2. Població juvenil

Partint de les dades aportades per la FAD (2006), mitjançant una enquesta a 5,624,056 de joves espanyols d'entre 15 i 24 anys, es pot afirmar que existeix un 70.8% de joves que prenen alcohol amb regularitat. Entre ells són majoria els nois (74.8% nois i 66.6% noies), els de major edat (54.2% dels joves d'entre 15 i 16 anys, 64.5% d'entre 17 i 18 anys, 71.3% d'entre 19 i 20 anys, 78.2% d'entre 21 i 22 anys i 78.3% d'entre 23 i 24 anys) així com els joves amb estudis de formació professional (41.2% de 1r-2n d'ESO, 51.8% de 3r-4t d'ESO, 68.9% de Batxillerat, 78.6% de formació professional, 73.9% d'estudiants universitaris i 75.4% de joves que no estudien actualment). Els diferents perfils descoberts en relació al consum d'alcohol foren:

- No n'he pres mai (9%).
- Mai ho he fet però ho faré més endavant (0.5%).
- N'he consumit però ja no ho faig (4.1%).
- He pres alcohol una o dues vegades a la meua vida (6.8%).
- Acostumo a beure alcohol tres o quatre vegades l'any (7.5%).
- Únicament prenc begudes alcohòliques durant els caps de setmana i les vacances (63.8%).

- Bec alcohol tots o quasi tots els dies (7%).

L'Organització sense ànim de lucre *Cooperación Internacional ONG* (2008) va realitzar un conjunt de 603 entrevistes telefòniques a joves residents a Espanya d'entre 16 i 29 anys. Entre d'altres aspectes van analitzar les opcions d'oci practicades pels joves entre les quals destacà el fet de sortir de nit. Aquesta activitat fou practicada de forma majoritària algun cop per setmana (ho van fer amb aquesta freqüència el 66.2% dels joves d'entre 16 i 19 anys, el 70.1% dels de 20 a 24 anys, així com el 45.7% d'aquells entre 25 i 29 anys). Val a dir però que alguns dels participants van afirmar sortir de nit cada dia o quasi cada dia, essent el percentatge majoritari entre els més joves (8.8%, 4.4% i 5.3% respectivament). Per contra, en la categoria mai o quasi mai hi destaquen els de major edat (15.4%, 13.7% i 24.9%). Quan surten de nit únicament un 0.9% de la mostra declara que s'ho passa malament, és a dir, la gran majoria es diverteix. I les activitats que fan que es diverteixin són: en primer lloc desconnectar de la rutina diària (90.2%), ballar (69.6%), prendre alcohol (61%) i buscar parella (24.2%). Entre els que declaren beure alcohol quan surten (9 de cada 10) la majoria només en prenen durant el cap de setmana (53.9%), el 28.6% a vegades i el 14.4% cada dia. En relació a la magnitud de consum d'alcohol entre els bevedors es detecta que el 31.4% beu 4 o més copes (el 17.1% en pren 4, el 9.34% en beu 5 i el 4.9% més de 5), el 26.2% en pren tres, el 30.7% n'acostuma a beure 2 i el 10.8% únicament en pren una.

El *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008a) va portar a terme una enquesta domiciliària entre 23,715 espanyols d'entre 15 i 64 anys. Detectà que havien consumit alcohol en els darrers 30 dies el 61.7% dels joves d'entre 15 i 34 anys, tot i que el consum diari era poc habitual entre ells (4%). Les begudes preferides per aquest sector de la població foren: cervesa/sidra (19.4%), vi/cava (8.4%) i combinats (4%). No obstant, durant el cap de setmana el percentatge de consum de combinats augmentà substancialment, convertint-se en la segona beguda escollida (35.3%), seguida de la cervesa/sidra (40.4%), quedant el consum de vi/cava en tercer lloc (17.3%). En relació als episodis de *binge drinking*, un 18% dels joves d'aquest grup d'edat n'havia realitzat durant el darrer any. En general s'observaren més nois que noies en totes les tipologies de consum d'alcohol, tot i que les diferències s'accentuaren en relació al consum intens (25.6% nois i 12.4% noies).

En relació a les intoxicacions etíliques, Calafat, Adrover, Juan i Blay (2008) van analitzar una mostra de 440 joves de les Illes Balears, Galícia i València amb una edat mitjana de 21.1 anys ($DT = 2.7$). Descobriren que eren minoria aquells que mai s'havien emborratxat (19.4%). Entre els que sí ho havien fet destacaven aquells que ho havien practicat en més de dues ocasions (45%), seguits de qui ho havia fet dos cops (19.2%) i finalment una vegada (16.4%). No es detectaren diferències per edat, mentre que sí per gènere, de manera que de forma general es descobriren més episodis d'embriaguesa entre el sector masculí, tot i que elles foren les que amb més freqüències s'emborratxaven 1 cop al mes (13.9% vs. 16.8%). Aquesta conducta de beure massiva es veié relacionada positivament amb una major implicació en la vida recreativa nocturna, augmentant amb aquesta les probabilitats d'assolir un estat d'embriaguesa. A més, les borratxeres mostraren vinculació amb la realització de conductes de risc en relació a la conducció, tals com: pujar en un cotxe en el qual el conductor estava ebri o drogat, o bé conduir drogat, conductes que també es donen amb més probabilitat entre aquells que presenten major vinculació amb la vida nocturna. En conseqüència, el 5.3% dels joves que van participar de l'estudi havien patit un accident al llarg dels 12 mesos anteriors per culpa del consum d'alcohol o altres drogues.

El consum d'alcohol tendeix a ser un hàbit realitzat de forma majoritària durant el cap de setmana, entre la població universitària, tal i com ho posa de manifest un estudi portat a terme per la Fundació BBVA (2006) entre 3,000 estudiants universitaris espanyols de segon cicle. Acostumen a prendre aquesta substància 9 de cada 10 joves, com a mínim de forma esporàdica. El consum diari és practicat únicament pel 3.6% de la mostra, augmentant el percentatge en el cas de tractar-se de diversos dies a la setmana (13.6%), tot i que la majoria dels participants de l'estudi van declarar consumir begudes alcohòliques cada cap de setmana (61%). No obstant, un 21.4% afirmà prendre aquesta droga legal amb una freqüència inferior.

Les activitats d'oci dels joves espanyols també van ser el focus d'estudi d'Expósito, García, Sanhueza i Angulo (2009), en una mostra de 705 estudiants universitaris de primer curs de la Facultat d'Educació de la Universidad Complutense de Madrid. Les edats dels participants oscil·laven entre els 18 i 23 anys (Edat mitjana = 19.3; noies: 86%). Detectaren que el 99% de la mostra havia anat a bars, locals, o festes durant els caps de setmana del darrer any, i el 92.1% informava com una de les activitats d'oci realitzades habitualment el fet de sortir a beure amb els amics o fer *botellón* (90.6% de nois i 92.4% noies). Havien consumit alcohol durant els darrers 12

mesos el 79.7% dels enquestats (85.4% nois i 78.8% noies), fent-ho tots ells durant el cap de setmana, mentre que en dies laborables ho havien practicat el 30.1% (44.4% nois i 27.7% noies).

La prevalença de consumidors detectada per Viña i Herrero (2004) en una mostra d'universitaris canaris és anàloga a l'esmentada per la FAD (2006). Concretament, aquests autors realitzaren un estudi entre 544 estudiants de Psicologia de la Universitat de la Laguna (Tenerife) d'entre 17 i 40 anys (Edat mitjana = 20.7, $DT = 3.2$), essent el 84% noies. Aquells que declararen no haver begut alcohol en el darrer mes únicament constituïren una quarta part de la mostra (24.3%), de forma predominant entre les universitàries (12.6% nois i 26.5% noies). Es preguntà, també, als estudiants quantes vegades havien consumit alcohol en els darrers 30 dies, essent entre 1 i 2 l'opció majoritària (34.6%, 27.6% nois i 35.7% noies), en segon lloc amb un 24.8% dels estudiants aparegueren aquells que havien begut alcohol entre 3 i 5 dies (21.8% nois i 25.4% noies), si bé un 15.8% va beure més de 6 dies, de forma majoritària entre els nois (36.7% vs. 11.9%). També ells van referir en major proporció que elles un consum diari (2.3% de nois i 0.2% de noies).

El consum d'alcohol és una pràctica nociva per a la salut molt estesa entre el col·lectiu jove i universitari, amb independència de que aquests hagin escollit l'estudi de carreres relacionades amb la salut, com ho evidencia l'anàlisi de 81 alumnes d'infermeria de Sant Sebastià (Alberdi, Huizi, Barandiarán, Zupiria i Uranga, 2007). Se'ls demanà la col·laboració en l'estudi en tres ocasions des de l'inici de la diplomatura fins el final, descobrint d'inici que el 100% dels estudiants analitzats havien provat l'alcohol en alguna ocasió. El 70.4% d'ells consumia alcohol amb una freqüència setmanal quan estudiava el primer curs de la carrera, disminuint lleugerament aquest percentatge a segon (56.8%), però recuperant-se a tercer (69.6%). Els bevedors diaris conformaven el 3.8% al primer i al segon curs, mentre que el 2.5% al tercer. No obstant, el percentatge de joves que es van incorporar a l'hàbit de beure alcohol els dijous va augmentar en el transcurs dels tres anys (1.3%, 2.5% i 7.5%). Pel que respecta a la magnitud de consum, la mitjana setmanal d'UBE fou de 4.1 ($DT = 7.2$) el primer curs amb un lleuger augment en el darrer ($M = 4.7$, $DT = 8$). En relació a les intoxicacions etíliques aquestes també van tendir a incrementar-se, essent inicialment el 80.2% dels estudiants els que havien assolit estats d'embriaguesa en alguna ocasió, mentre que el percentatge ascendí a 81.5% a segon fins arribar al 85% a tercer. Aquests resultats posen de manifest que els hàbits de salut dels estudiants de carreres vinculades a la salut es modifiquen molt poc durant el transcurs d'aquesta i quan ho fan

és de forma negativa. N'és exemple el fet que un 5% dels estudiants d'infermeria que van accedir a l'estudi es va emborratxar per primera vegada estant ja a l'escola d'infermeria.

García del Castillo et al. (2006) analitzaren també la ingesta alcohòlica d'una mostra de 1,500 estudiants universitaris alacantins amb edats compreses entre els 17 i 28 anys. Pràcticament la totalitat dels participants (98.5%) havia pres alcohol en alguna ocasió al llarg de la seva vida, de forma majoritària durant els caps de setmana (47%), o bé només en festes o reunions (32%), mentre que el 2.2% reconegué prendre alcohol cada dia. El 29.5% havia perdut el compte de les vegades que s'havia emborratxat, i únicament el 17.3% afirmà no haver-ho fet mai.

S'observen també clares diferències de gènere a l'estudiar el consum intens d'alcohol en una mostra de 2,445 estudiants de primer curs de la Universitat de Saragossa amb una edat mitjana de 19 anys ($DT = 1.6$). El 66.2% dels estudiants s'havien emborratxat alguna vegada a la vida. Concretament, durant els darrers 6 mesos ho havien fet entre 1 i 6 vegades el 33.9% dels nois i el 35.7% de les noies; entre 6 i 12 vegades el 8.2% i el 6.9%, entre 12 i 24 vegades el 8.2% i el 4.1% i més de 24 vegades el 5% i 1.5% respectivament. Per altra banda, els nois van reportar majors consums entre setmana mentre que les noies preferien beure durant el cap de setmana (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo i Nerín, 2009).

Una de les pràctiques comuns dels joves en el temps d'oci és el fenomen del *botellón*. Cortés, Espejo i Giménez (2008) van analitzar aquest fet entre 4,083 joves valencians (1,361 universitaris de 19 a 25 anys i 2,722 adolescents de 14 a 18 anys). Informa practicar el *botellón* el 71.4% de la mostra (80.4% universitaris i 67% adolescents). Els motius principals per a realitzar-lo foren en general la diversió, l'estalvi econòmic, estar amb els amics, desconnectar i desinhibir-se. Tot i que els universitaris mencionaren altres motius associats al control de l'oci: controlar la qualitat de la beguda ingerida, fugir de les aglomeracions i escoltar música. A diferència d'això els adolescents van fer referència a motius més vinculats a la pressió social: no quedar-se sol, seguir la moda o consumir altres substàncies. Pel que respecta a les quantitats d'alcohol consumides els autors van utilitzar dues categories per a classificar la magnitud de consum: consumidors radicals (10-11 consumicions, tres cops per setmana durant més de 10 mesos a l'any) i consumidors moderats (4-5 consumicions, 2 cops per setmana durant 8-9 mesos). Van formar part de la primera categoria el 21.2% dels universitaris (i el 18.2% dels adolescents), mentre que el 78.7% dels universitaris va formar part de la segona categoria, així com el 81.7% dels adolescents.

La pràctica del *botellón* també fou estudiada per l'*Observatorio de Galicia sobre Drogas* (2007). Detectaren que aquesta modalitat de consum fou practicada pel 35.5% dels joves d'entre de 19 a 24 anys i pel 7.6% entre 25 i 39.

L'autora M^a Teresa Cortés exposava al IV Congreso Anual organitzat per la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) celebrat a Valencia el 2006 sota el nom "Sociedad, familia y drogas" que el 97.7% dels estudiants universitaris valencians han consumit alcohol en alguna ocasió, i també són aquests els que realitzen *botellón* amb major proporció (80.7%) que els adolescents (67.7%), especialment entre els 15 i els 23 anys. De mitjana aquests joves acostumen a prendre unes 5.3 copes oscil·lant el consum entre 3 i 6 copes de forma genèrica, tot i que acostuma a ser més abundant entre el sector masculí ($M = 6.1$, $M = 4.75$, entre nois i noies respectivament).

Gómez-Fraguela et al. (2008) analitzaren una mostra de 400 estudiants d'ESO, 300 de Batxillerat, 221 de Formació Professional i 157 universitaris, essent aquest últims els que reportaren una major freqüència de consum, així com una major participació en *botellón*. Es declararen habituals del *botellón* el 48% dels universitaris a diferència del 27% d'estudiants d'ESO, i el 45% de Batxillerat i FP. El major nombre d'episodis de *binge drinking* durant el darrer any es detectaren entre els estudiants d'FP (1.4), seguits de prop pels universitaris (1.37), lluny dels estudiants d'ESO (0.7).

1.1.4. EPIDEMIOLOGIA A CATALUNYA

1.1.4.1. Població adulta

A Catalunya, l'any 2005 en població d'entre 15 i 64 anys, es detectaren els majors percentatges de consum d'alcohol respecte enquestes anteriors. Concretament, mentre l'any 1997 un 90% dels participants havia pres alcohol alguna vegada a la vida, l'any 2005 el percentatge fou del 94.5%. El mateix succeí pel consum detectat algun cop en els darrers 12 mesos (passant de 77.2% a 81.3%), així com algun cop en els darrers 30 dies (60% vs. 70.9%) (Generalitat de Catalunya, 2008). A la figura 1.1.4.1. es pot apreciar aquesta tendència.

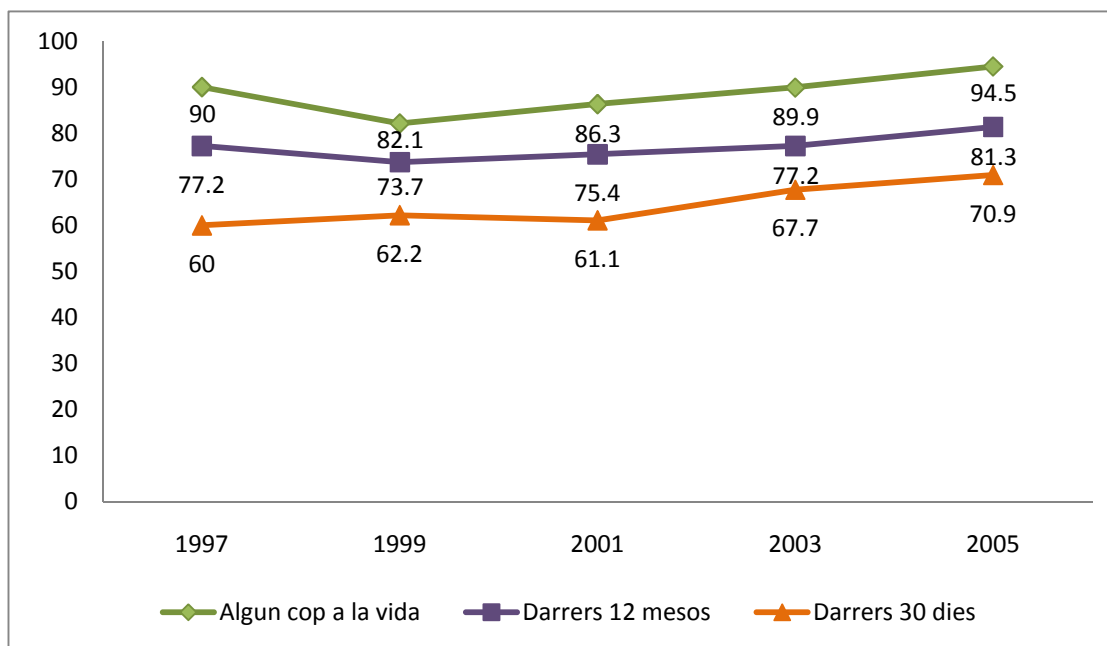


Figura 1.1.4.1.: Evolució del consum d'alcohol a Catalunya entre la població de 15 a 64 anys (en percentatges).

La propensió observada a Catalunya segons el Pla de Salut (2002-2005), és a una incorporació gradual de la dona al consum, així com a un augment del nombre de bevedors d'alt risc⁵ passant del 3.3% l'any 1995 al 9.5% al 2003 (Generalitat de Catalunya, 2007).

L'enquesta de Salut realitzada per la Generalitat de Catalunya (2006a) revela que un 27.3% de les persones catalanes d'entre 15 i 64 anys no havien consumit alcohol durant els darrers 12 mesos (18% homes i 36.5% dones). Entre els consumidors, destaquen un 68.2% que se situen dins la categoria de consumidors moderats (menys de 280g en homes i menys de 168g en dones) essent majoria els homes (74.7% homes i 61.8% dones). Per edats formen part d'aquesta categoria el 69.4% de les persones d'entre 15 i 44 anys, el 73.6% d'entre 45 i 64 anys i el 55.9% de les persones de 65 o més anys. En contraposició, existeix un 4.5% de bevedors de risc, de forma majoritària entre els homes (7.3% homes i 1.7% dones). Per edats, hi descobrim els percentatges més elevats a les edats més joves (6.1% entre 15 i 44 anys, 3.2% entre 45 i 64 anys i 1.4% als 65 o més anys). La majoria de persones enquestades van prendre alcohol durant els 30 dies anteriors a la realització de l'entrevista (62.9%, 75.3% homes i 50.7% dones). En relació a les begudes consumides, en general s'acostumen a prendre durant el cap de setmana, on augmenten clarament les mitjanes de consum, a mode d'exemple, durant els dies

⁵ Es consideren bevedors de risc els homes i les dones amb un consum igual o superior a 4 UBE i 2 UBE al dia respectivament.

feiners es consumeixen de mitjana 1.5 cerveses ($DT = 1$), mentre que al cap de setmana la mitjana ascendeix a 2.5 ($DT = 2.4$), fet que esdevé de la mateixa manera amb el consum de vi (1.4 de mitjana, $DT = 0.8$ en dies laborables mentre que 2.1, $DT = 1.6$ durant el cap de setmana). Pel que respecta als licors o el whisky es detecta el mateix patró, augmentant de l'1.3 ($DT = 0.8$) a 2.1 ($DT = 1.7$).

L'anàlisi del consum de risc d'alcohol segons el nivell d'estudis mostra que entre els homes amb estudis secundaris s'observa una proporció més elevada de bevedors de risc d'alcohol, mentre que en les dones la proporció més alta de bevedores de risc es troba entre les que han cursat estudis universitaris (Generalitat de Catalunya, 2009).

Les dades de consum de risc d'alcohol de *l'Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en Espanya 2005-2006* mostren que a Catalunya la proporció de la població bevedora de risc d'alcohol del període 1999-2005 ha passat del 6.4% (8.7% en homes i 4% en dones) al 8.5% (10.3% en homes i 6.7% en dones) (Generalitat de Catalunya, 2009).

1.1.4.2. Població juvenil

En la població de 15 a 29 anys, el percentatge de consum de risc d'alcohol en el període de 1999-2005 ha passat del 7.5% (9% en homes i 5.8% en dones) al 12.6% (12.9% en homes i 13.3% en dones). És per aquest motiu que un dels objectius de la Generalitat de Catalunya fixats per l'any 2010 està vinculat a la reducció de la prevalença del consum excessiu entre aquest sector de la població catalana, fet que afirmen serà complex donada la tendència creixent actual (Generalitat de Catalunya, 2009).

1.2. EDAT D'INICI AL CONSUM D'ALCOHOL

L'edat d'inici al consum d'alcohol s'apunta com un factor rellevant per la seva implicació en l'evolució i els patrons de consum. En aquest sentit s'ha detectat una correlació positiva entre aquestes dues variables, de manera que una edat d'inici precoç és predictora d'alts nivells d'ús d'alcohol i d'un possible consum abusiu o problemàtic en la joventut o a l'inici de l'adulthood (Hingson, Heeren i Winter, 2006; Krahn et al., 2005; Santo-Domingo, 2002). Els primers

contactes amb l'alcohol solen tenir lloc a l'adolescència, generalment entre els 14 i 15 anys (Gómez i Gómez, 2001; Mora-Ríos i Natera, 2001).

No obstant, els autors Sogi i Perales (2001) adverteixen d'una tendència a la disminució de l'edat d'inici entre els més joves. Aquests autors analitzaren una mostra composta per 1,115 estudiants de Medicina de la Universitat de Lima, al Perú, amb una edat mitjana de 24.1 anys ($DT = 4$). De forma general, el 95% dels nois van realitzar el primer contacte amb l'alcohol als 14.6 anys ($DT = 3.1$), mentre que les noies uns mesos més tard (Edat mitjana = 15.1, $DT = 3.3$). Respecte als estats d'embriaguesa, el 66% dels nois van experimentar-ne per primera vegada als 16.6 anys ($DT = 2.2$) i el 36% de les noies als 17.8 anys ($DT = 3.5$). Els autors van analitzar les mateixes variables tenint en compte les diferents edats dels participants, detectant la primera experiència amb l'alcohol cada vegada a edats més joves, així com també els primers estats d'embriaguesa més precoços. És a dir, mentre que l'edat mitjana de la primera intoxicació etílica dels estudiants de 6è curs fou als 16.6 anys ($DT = 2.8$) en els nois i als 18.4 anys ($DT = 4.3$) en les noies, entre els alumnes de primer curs les mitjanes foren de 16.2 anys ($DT = 2.5$) en el cas dels nois i 16.3 ($DT = 0.7$) entre les noies. És a dir, els nois de primer curs s'iniciaren 0.4 anys abans que els de 6è, així com les noies de primer 2.1 anys abans del que ho havien fet les seves companyes de 6è. Aquest fet també és indicador de que les diferències entre gèneres en l'edat de primera embriaguesa tendeixen a desaparèixer en les generacions més joves. A la taula 1.2.1. es presenten les edats mitjanes d'inici al consum i a l'abús d'alcohol trobades per aquests autors.

Taula 1.2.1.: Edat mitjana d'inici al consum i a l'abús d'alcohol en funció del gènere i l'edat en una mostra d'estudiants universitaris de Lima (Perú) (Sogi i Perales, 2001).

TIPOLOGIA CONSUM	DE GÈNERE	EDAT			
		19 o menys M (DT)	20-24 M (DT)	25-29 M (DT)	30 o més M (DT)
Ús d'alcohol	Home	13.2 (3.5)	14.3 (3)	15.3 (3.3)	15.4 (2.7)
	Dona	14.9 (2.3)	15.8 (2.4)	16.5 (2.3)	15.4 (2)
Abús	Home	15.8 (2)	16.5 (2.8)	16.8 (2.9)	17.7 (3)
	Dona	16.4 (1.2)	17.7 (2.9)	19.7 (2.6)	19.7 (4.7)

Segons l'anàlisi sobre l'impacte sanitari, econòmic i social de l'alcohol a **Europa**, realitzat per l'*Institute of Alcohol Studies* al **Regne Unit** (2006), l'edat mitjana de primera experimentació amb l'alcohol entre els adolescents europeus se situa als 12.5 anys. Per altra banda, l'assoliment del primer estat d'embriaguesa, es produeix com a mitjana un any i mig més tard (14 anys).

L'European Commission, l'any 2006(b), afirmava que quasi tots (més de 9 de cada 10) els estudiants d'entre 15 i 16 anys han pres alcohol en algun moment de la seva vida, començant de mitjana a partir dels 12.5 anys, tot i que existeixen diferències en funció dels països. Els joves del nord i sud d'**Europa** tasten l'alcohol més tard que els de l'Europa oriental i central. De la mateixa manera, gairebé tres quartes parts, o més, dels països bàltics i de l'Europa central reporten haver experimentat estats d'embriaguesa als 15 anys, en comparació amb menys de la meitat dels joves residents al sud d'Europa. L'edat mitjana de la primera intoxicació etílica fou prop dels 14 anys, el que suggereix un retard mitjà al voltant d'un any entre la primera experimentació amb l'alcohol i la primera experiència d'embriaguesa. No obstant, atès que aquesta edat mitjana es troba relativament a prop de l'edat dels participants de l'estudi i que un nombre considerable dels enquestats van informar no haver patit encara cap episodi de borratxera és probable que l'edat mitjana de la primera embriaguesa a la població sigui superior a la mencionada.

A **Espanya** l'edat mitjana d'inici al consum se situa als 13.7 anys i ocupa el segon lloc pel que fa a la precocitat del consum de substàncies psicotròpiques superada tan sols per l'edat d'iniciació en el consum de tabac (13.3). S'observa que el consum d'alcohol esdevé setmanal als 15.6 anys, essent aquesta edat 6 mesos superior respecte l'any 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

No obstant, altres estudis d'abast local aporten dades que s'allunyen lleugerament de les esmentades anteriorment i afirmen una tendència a la reducció en l'edat de primer contacte amb l'alcohol (Pascual, 2002) el qual es fa evident amb la revisió de la literatura. A mode d'exemple, Redondo et al. (2001) descobriren que el primer contacte amb l'alcohol entre els 154 estudiants universitaris **salamanquins** analitzats fou als 16 anys ($DT = 1.6$), essent l'edat mínima 12 anys, mentre que la màxima 20. Les mitjanes es mostraren més precoces en el cas del sector masculí, essent la mitjana dels nois 14 anys, mentre que la de les noies assolí els 15.9. Tanmateix, les diferències de gènere no han estat detectades en tots els estudis, com n'és exemple el treball de Jiménez-Muro et al. (2009), el qual descobrí una edat d'inici al consum d'alcohol de 15.1 anys

($DT = 1.5$) entre els 2,445 estudiants de primer curs de la Universitat de **Saragossa**, sense diferències entre ells i elles.

Viña i Herrero (2004) estudiaren l'edat d'inici al consum setmanal d'alcohol. La mostra estava composta per 544 estudiants de Psicologia de la Universitat de **La Laguna (Tenerife)** d'entre 17 i 40 anys (Edat mitjana = 20.7, $DT = 3.2$), essent el 84% noies. El 44.7% de la mostra, de forma més evident entre les noies (28.7% nois i 47.6% noies), no practicaven un consum d'alcohol setmanal. Entre els que sí seguien aquesta periodicitat de consum, els intervals d'edat amb major nombre d'inicis foren entre els 15 i 16 anys (21.1%; 20.7% nois i 21.3% noies) o bé a partir dels 17 anys (27%, 39.1% nois i 24.8% noies). Cal destacar també que un 9.2% de nois i un 5.5% de noies es van iniciar a aquesta pauta de consum entre els 13 i 14 anys, així com un 1.1% de nois i un 0.2% de noies en el període d'11 i 12 anys, essent major el volum de nois que s'iniciaren a edats més primerenques.

Una recerca realitzada entre 1,500 estudiants universitaris d'**Alacant** d'entre 17 i 28 anys, l'any 2006, detectà un inici en l'experimentació amb l'alcohol entre els 14 i 15 anys (García del Castillo et al., 2006).

1.3. POLICONSUM DE SUBSTÀNCIES

1.3.1. POBLACIÓ ADULTA

Les persones que consumeixen drogues quasi mai limiten el seu consum a una sola substància. A Europa, actualment els patrons de policonsum constitueixen la norma habitual, essent responsable de molts problemes o complicacions, tals com un factor de risc de patir sobredosis, complicació del tractament per drogues i associació a violència o infraccions il·legals. A més, està augmentant a Europa la varietat de drogues a disposició dels consumidors, majoritàriament incontrolades, dirigides al mercat del cànnabis. També s'ha detectat la innovació en la producció de drogues sintètiques, així com el mal ús dels medicaments receptats per personal mèdic. En el consum simultani de diverses drogues l'alcohol hi té un paper destacat, ja que és present en el consum de, pràcticament, la resta de substàncies psicoactives (Observatorio de Galicia sobre Drogas, 2007).

El consum de més d'una substància tòxica ha estat detectat, per exemple, en el cas de les drogues legals. Així, el 86.1% de les persones adultes espanyoles que han mantingut un consum de tabac continuat durant els darrers 12 mesos també han pres alcohol durant aquest període. És a dir, l'alcohol és la primera droga més consumida entre els fumadors. Paral·lelament, el 53.9% dels consumidors d'alcohol consumeixen també tabac (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Fins i tot, en població adulta i clínica (persones amb una dependència alcohòlica diagnosticada) entre un 80-90% consumeix habitualment tabac. També es troba una elevada prevalença de fumadors entre els adults bevedors d'alt risc (65.1%) en comparació amb bevedors amb consums que suposen un risc inferior (38.2%) (Nieva, Gual, Ortega i Mondón, 2004).

Ara bé, no únicament les drogues legals apareixen relacionades, sinó que substàncies com el cànnabis es prenen entre els consumidors d'alcohol amb major freqüència del que podrien considerar-se casos aïllats. La realitat actual és que el cànnabis és la primera substància de curs il·legal amb major consum entre la població mundial (ONU, 2005).

Entre la població adulta espanyola consumidora de cànnabis, pràcticament la totalitat és consumidora d'alcohol (93.9%). Aquesta situació no és exclusiva per al cas del cànnabis sinó que s'estén a altres les drogues de curs il·legal, com és el cas de la cocaïna (96.3%), l'èxtasi (98%) i l'heroïna (77.3%) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a).

1.3.2. POBLACIÓ JUVENIL

Entre els joves, el consum combinat de substàncies pot augmentar els riscos de patir problemes aguts, així com facilitar el desenvolupament d'un hàbit crònic de drogoaddicció en anys posteriors. El fet que el consum d'alcohol estigui associat a la diversió, sovint va relacionat amb el consum lúdic d'altres drogues, el que augmenta el risc de repercussions negatives entre els joves. En una enquesta realitzada a Galícia l'any 2004 es descobrí que la primera vegada que van realitzar *botellón*, el 29.7% dels joves va prendre també altres substàncies, essent principalment cànnabis (14.4%), cocaïna (8.8%), èxtasi (5%), heroïna o altres opiacis (1.4%) i en darrer lloc al·lucinògens (0.4%). Actualment, prenen múltiples substàncies quan fan *botellón* el 20.4% dels joves gallecs, essent la substància escollida en primer lloc el cànnabis (19.7%), seguit de l'èxtasi (0.4%) i la cocaïna (0.3%) (Observatorio de Galicia sobre Drogas, 2007).

Viña i Herrero (2004) realitzaren un estudi entre 544 estudiants de Psicologia de la Universitat de la Laguna (Tenerife) d'entre 17 i 40 anys (Edat mitjana = 20.7, $DT = 3.2$), essent el 84% noies. En l'anàlisi del consum de substàncies múltiples detectaren correlacions significatives entre: el consum d'alcohol en el darrer mes i el nombre de cigarretes fumades al dia, així com amb el consum de cànnabis. Entre els consumidors d'aquesta darrera substància es detectaren associacions significatives amb el nombre de cigarretes consumides diàriament, el consum de cocaïna, amfetamines i altres substàncies (tals com LSD, inhalants, etc.). Així mateix el consum de cocaïna es vincula significativament amb el nombre de cigarretes fumades de forma diària, el consum de cànnabis i altres substàncies com LSD o inhalants. En aquest estudi es realitzaren tres anàlisis factorials exploratòries, una per la mostra total, una altra pels nois i una final per les noies. En la mostra total aparegueren dos factors: el primer inclogué, per ordre de saturació, amfetamines, cocaïna, altres substàncies i finalment heroïna. El segon factor quedà definit per les variables: nombre de cigarretes fumades al dia, consum de cànnabis, consum d'alcohol en els darrers 30 dies i cocaïna. La cocaïna saturà en els dos factors però amb un pes factorial clarament superior en el primer. En relació a la submostra de noies, aparegueren dos factors pràcticament idèntics a la mostra general ja que aquesta estava composta per un 84% de noies. En el cas dels factors de la submostra de nois, es van descobrir tres factors. Els dos primers estaven composts per les mateixes variables que els dos models anteriors, mantenint el mateix ordre de saturació en el primer factor. En el segon el consum de cànnabis va aparèixer en primer lloc. El tercer factor que va aparèixer en la submostra dels nois quedà definit pel consum de tranquil·litzants.

Gómez-Fraguela et al. (2008) analitzaren una mostra de 400 estudiants d'ESO, 300 de Batxillerat, 221 de Formació Professional i 157 universitaris. Tots ells foren classificats en tres grups: el grup 1 no havia consumit alcohol en el darrer mes, el grup 2 havia consumit alcohol però no havia practicat *botellón* i el grup 3 era habitual dels *botellons*. Entre els integrants del primer grup únicament un 8.3% consumia tabac, un 2.8% cànnabis, un 1% tranquil·litzants i un 0.3% cocaïna, si bé ningú va reportar consums de substàncies al·lucinògenes. Aquestes prevalences es veieren incrementades entre els participants del segon grup ascendint a: 35% consum de tabac, 8.6% cànnabis, 2.7% tranquil·litzants, 1.2% al·lucinògens i 0.4% cocaïna. Ara bé, els majors percentatges es descobriren entre aquells joves assidus als *botellons*, ja que un 57.9% consumia tabac, un 42.9% cànnabis, un 6.7% al·lucinògens, un 6% cocaïna, així com un 4.5% tranquil·litzants.

La FAD (2006) analitzà el consum d'alcohol dels joves espanyols realitzat en els darrers 12 mesos descobrint que el 83.4% dels participants d'entre 15 i 24 anys havia consumit alguna substància durant aquest període. El 31% en va consumir una sola, mentre que un 52.4% més d'una. D'aquest últim grup, un 23.6% en va consumir tres o més. Es detectà que consumien dues drogues el 48.5% dels fumadors i el 36.2% dels bevedors d'alcohol. S'observà que consumien tres drogues el 58.8% d'usuaris de cànnabis i el 86.1% de consumidors de cocaïna. S'aprecià que prenien quatre drogues el 85.8% dels consumidors d'èxtasis-amfetamines-alucinògens i el 85% dels consumidors d'heroïna. L'anàlisi de la mitjana de substàncies consumides indica que els majors policonsumidors són els usuaris d'heroïna amb una mitjana de 4.6 substàncies, seguits pels cocaïnòmans (4.2), els consumidors d'èxtasi-amfetamines-alucinògens (4.3), els de cànnabis (3.2), tabac (2.5) i alcohol (2.1). Dels consumidors d'alcohol, el 34.1% únicament va prendre alcohol, si bé el 36.2% va prendre dues substàncies, el 20.7% en va prendre 3 i el 9% 4 o més. Entre els que beuen alcohol, un 59.3% també pren tabac, un 33.2% consumeix cànnabis, un 7.1% èxtasis, un 8% cocaïna i un 0.7% heroïna. Els autors realitzaren una anàlisi factorial de components principals per descobrir els models bàsics de policonsum detectant tres factors:

- **Psicoestimulants + cànnabis:** consum d'èxtasis-amfetamines-alucinògens i cocaïna amb forta presència de cànnabis i més lleugera d'alcohol i tabac. Estaria format bàsicament per homes, majoritàriament de 17-18 anys i de 21-22 anys, que viuen o bé amb amics o bé sols, són estudiants d'FP o no estudien, treballen o estan a l'atur, tenen mala relació amb pares i amics, i la seva ideologia política tendeix a l'esquerra radical.
- **Alcohol + tabac + cànnabis:** consum d'alcohol i tabac amb una associació relativament important de cànnabis. Està format per homes i dones per igual, majoritàriament es conforma per persones entre els 19 i els 24 anys, viuen amb amics, estudien FP o ja no estudien, la relació amb els pares és dolenta, s'avorreixen, i la seva ideologia política és d'esquerra i centre.
- **Narcòtics:** consum d'heroïna quasi en exclusiva, amb una associació secundària de cocaïna i d'èxtasis-amfetamines-alucinògens. Està definit per més homes que dones, d'entre 21 i 22 anys, viuen amb amics, no estudien, treballen o estan a l'atur, i tenen mala relació amb pares i amics.

CAPÍTOL 2. EFECTES DEL CONSUM D'ALCOHOL



2.1. FARMACOLOGIA DE L'ALCOHOL

2.1.1. CONCEPTE D'ALCOHOL I BEGUDA ALCOHÒLICA

L'alcohol etílic o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) és una substància líquida, incolora, volàtil, inflamable, molt hidrosoluble que permet mesclar-se amb cloroform i èter. Aquest líquid s'obté mitjançant la fermentació anaeròbica dels hidrats de carboni, que s'aconsegueixen mitjançant l'actuació d'uns llevats sobre fruits com el raïm i la poma, o grans com la civada i l'arròs. Pel que respecta al seu valor nutritiu: 1 gram d'alcohol aporta a l'organisme 7.1 kcal que en cap cas van acompanyades d'aport vitamínic, mineral ni proteic. Existeixen altres compostos presents en les begudes alcohòliques com són: alcohols de baix pes molecular (metanol, butanol), aldehids, esters, histamina, fenols, tanins, ferro, plom i cobalt (Álvarez i Del Río, 2001).

S'anomena beguda alcohòlica a tot aquell beuratge que conté etanol, ja sigui perquè hi existia de forma natural o bé perquè se l'hi ha afegit en el procés de producció, en un percentatge mínim de l'1-1.2% de la composició global de la beguda. Així doncs, són begudes alcohòliques aquelles que posseeixen 1-1.2 graus, o més, i per tant les begudes anomenades "sense alcohol" poden contenir-ne tot i que en quantitats inferiors (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

Existeixen dues tipologies de begudes alcohòliques (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; OMS, 1994):

- Begudes fermentades: provenen de fruites o cereals. L'alcohol s'obté mitjançant la conversió del sucre per part de llevadures (substàncies microscòpiques). El vi, la cervesa i la sidra són exemples d'aquest tipus de beuratges elaborats al nostre país:
 - o Vi. Esdevé de la fermentació del raïm o el *mosto*. Els vins blancs i rosats provenen del suc del raïm, mentre que els negres s'obtenen de la totalitat del gra de raïm. La graduació alcohòlica sol ser d'entre 10-13 graus.
 - o Cervesa. S'aconsegueix de la transformació de la civada i altres cereals en malta i la incorporació de llúpul responsable del gust amarg característic. La graduació alcohòlica oscil·la entre els 4-6 graus.

- Sidra. Prové de la fermentació de la poma. La seva graduació se situa en torn als 5 graus.

Així mateix, són també begudes fermentades:

- *Sake*. Té l'arròs com a ingredient principal i és en aquesta beguda típica d'Orient on es detecta la màxima graduació aconseguida en begudes obtingudes pel procés de fermentació, assolint entre 15-20 graus.
- *Pulque*. S'obté del cactus magne, típica a Mèxic, d'uns 5 graus.
- *Chicha*. Apareix de la fermentació del blat de moro principalment a Amèrica Central i Amèrica Llatina i pot assolir els 11.5 graus.

- Les begudes destil·lades: S'obtenen eliminant gran part d'aigua de les begudes fermentades, mitjançant un procés de destil·lació que consisteix en aplicar calor, ja que l'alcohol s'evapora a 78 graus i l'aigua a 100 graus. Per aquest motiu les begudes destil·lades contenen més alcohol que les begudes fermentades, entre 30-50 graus. Les més conegudes són:

- Conyac o *brandy*. Prové de la destil·lació del vi, emmagatzemat en recipients de roure.
- Ginebra. S'obté en destil·lar maceracions de fruits de ginebró i altres cereals.
- Whisky. És producte de la destil·lació de la mescla de cereals (civada, blat de moro i sègol).
- Rom. S'obté de la destil·lació de la canya de sucre fermentada o de la remolatxa.
- Vodka. Es produeix a través de la destil·lació de diversos cereals, especialment el sègol i la patata.

2.1.2. AVALUACIÓ DE L'ALCOHOL CONSUMIT

2.1.2.1. Els grams d'alcohol ingerits

Les begudes resultants de la fermentació o destil·lació alcohòlica difereixen en el contingut de graus que posseeixen, és a dir, hi ha variacions en la quantitat d'alcohol absolut per cada 100 centímetres cúbics (cc) d'alcohol. A tall d'exemple, una botella de vi que contingui 11°, significa que per cada 100 cc de vi, 11cc són alcohol pur (11%). Tanmateix, a nivell sanitari té major

importància el còmput dels grams d'alcohol ingerits, pel qual s'utilitza la fórmula presentada al quadre 2.1.2.1.1. per tal de calcular-los.

Quadre 2.1.2.1.1.: Fórmula de càlcul dels grams d'alcohol ingerits.

$$\text{Grams d'alcohol} = \text{volum ingerit (en dl)} \times \text{graduació de la beguda} \times 0.8^6$$

Font: Álvarez i Del Río (2001).

A mode d'exemple, en cas que una persona hagi consumit 150 cc de l'ampolla de vi d'11° hauria ingerit 13.2 grams d'alcohol absoluts ($1.5 \times 11 \times 0.8 = 13.2$).

2.1.2.2. La taxa d'alcoholèmia

La taxa d'alcoholèmia fa referència a la concentració d'etanol present en la sang o el que és equivalent, la quantitat de grams purs d'alcohol ingerits per cada litre de sang (g/l). Normalment s'expressa en forma de massa per unitat de volum, tot i que existeixen diferències en funció dels països, per exemple: mil·ligrams per cada 100 mil·lilitres (mg/100 ml), mil·ligrams per litre (mg/l), grams per 100 ml (g/100 ml), grams per 100 i mil·limols per litre. La sang es troba en una relació d'equilibri amb l'aire espirat d'1 a 2,100, així, 1 gram d'alcohol en un litre de sang equival a 0.00048 grams (0.48 mg) d'alcohol per litre d'aire espirat (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; OMS, 1994). Existeix una fórmula per tal de calcular la taxa d'alcoholèmia esperable després d'un consum d'alcohol que pren l'expressió mostrada al quadre 2.1.2.2.1.

Quadre 2.1.2.2.1.: Càlcul de la taxa d'alcoholèmia.

$$\text{Taxa d'alcoholèmia} = \frac{\text{grams d'alcohol ingerits}}{\text{kg de pes corporal} \cdot 0.7 \text{ (en homes) o } 0.6 \text{ (en dones)}}$$

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a).

⁶ Valor estàndard de la densitat de l'alcohol.

2.1.2.3. Les Unitats de Beguda Estàndard (UBE)

Per tal d'estandarditzar i unificar la mesura d'alcohol ingerit i simplificar la tasca evitant fórmules de càlcul que depenen de la quantitat, la graduació de l'alcohol consumit i el valor estàndard de la densitat de l'alcohol, s'ha creat el concepte Unitat de Beguda Estàndard (UBE). Una UBE, a Espanya, equival a 10 grams d'alcohol pur consumit (Rodríguez-Martos, Gual i Llopis, 1999). A la taula 2.1.2.3.1. es presenta un resum de les principals begudes distribuïdes al nostre país detallant-ne el volum habitual, la graduació alcohòlica, els grams d'alcohol i l'equivalència en Unitats de Beguda Estàndard. La informació que aquesta conté té validesa únicament a l'Estat Espanyol atès que la concepció d'UBE difereix en funció de cada país. A tall d'exemple 1 UBE a Gran Bretanya té una equivalència de 8 grams d'alcohol consumits, mentre que a Finlàndia en són 12. Als Estats Units cal prendre 14 grams d'alcohol per a ingerir una UBE, tanmateix a Canadà són 13.6 els grams que corresponen a una UBE i 14.17 a Colòmbia. A l'extrem oriental del planeta, al Japó, hi descobrim les majors quantitats d'alcohol en la seva equivalència en UBE situant-les en 19.75 grams d'alcohol. Finalment a Austràlia i Nova Zelanda el concepte d'UBE coincideix amb l'espanyol, és a dir, consisteix en 10 grams d'alcohol pur consumits (Álvarez, 2008; Bríñez-Horta, 2001; NIAAA, 2007; OMS, 2001).

Taula 2.1.2.3.1.: Principals begudes i les seves equivalències en volum, graduació, grams d'alcohol i Unitat de Beguda Estàndard (UBE).

BEGUDA	VOLUM (cc)	GRADUACIÓ ALCOHÒLICA	GRAMS D'ALCOHOL	UBE
Cervesa	200	6	9.6	1
Vi	100	12	9.6	1
Cava	100	13	10.4	1
Xerès	50	17	6.8	1
Vermut	70	16	9	1
Conyac	50	40	16	2
Anís	50	38	15.2	1.5
<i>Ponche</i>	50	28	11.2	1
Patxaran	50	28	11.2	1
<i>Cointreau</i>	50	40	16	2
Ginebra	50	40	16	2
Rom	50	42	16.8	2
Vodka	50	42	16	2
Whisky	50	45	18	2
<i>Orujo</i>	30	38	9	1

Font: Álvarez i Del Río (2001).

2.1.3. FARMACOCINÈTICA DE L'ALCOHOL

2.1.3.1. Absorció

Un cop s'ha consumit alcohol, aquest s'absorbeix principalment a l'intestí prim, tot i que una cinquena part és absorbida també per l'estómac (Adan, 1998). Així, existeixen varis elements que poden contribuir a una major o menor rapidesa d'absorció donada la seva capacitat d'alentir o facilitar l'arribada d'alcohol a l'intestí. Aquests factors són:

- La presència d'aliments a l'estómac: alenteixen l'absorció.
- La quantitat d'alcohol ingerida: a major consum major absorció.
- Les característiques de la beguda consumida. Les begudes carbonatades (cava, refrescos gasosos mesclats amb destil·lats, etc.) s'absorbeixen més ràpidament. Tanmateix, la cervesa s'absorbeix més lentament que el whisky.

A l'estómac la porció d'alcohol que s'absorbeix es fa mitjançant l'enzima *alcohol-deshidrogenasa* (ADH); la qual opera amb menor activitat en el cas de les dones fent que a igual consum les dones assoleixin majors concentracions d'alcohol en sang que els homes. Un altre element que provoca diferències en l'afectació per sexes és la quantitat d'aigua al cos. Novament les dones es veuen més afectades amb menors consums donat que el cos femení està compostat amb major proporció de greix, mentre que els homes contenen més massa muscular (més aigua). Per altra banda, la interacció de l'alcohol amb algunes hormones del cicle menstrual accelera l'absorció durant els dies previs a la menstruació (Bríñez-Horta, 2001; Franciscus, 2006; NIAAA, 2007).

2.1.3.2. Distribució

El nivell màxim d'alcohol en sang s'assoleix entre els 30 i 90 minuts després d'haver ingerit la beguda (Álvarez i Del Río, 2001; Lorenzo i Castro, 2006). Una vegada absorbit l'alcohol travessa el fetge, per seguidament arribar al sistema circulatori i distribuir-se per tot l'organisme (penetrant ràpidament la barrera hematoencefàlica i placentària) a excepció del teixit adipós. Pel que fa a la

distribució existeixen novament diferències que responen al gènere doncs l'organisme femení, com s'ha exposat anteriorment, està compost amb major proporció de grassa i menor d'aigua en relació als homes. Aquest fet altra vegada contribueix a una major concentració d'alcohol en sang en les dones davant la ingestió d'igual quantitat que els homes.

2.1.3.3. Metabolització

El procés de metabolització de l'alcohol a nivell hepàtic segueix tres fases:

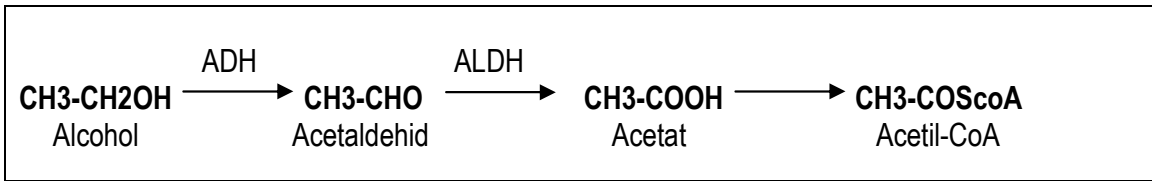
- Oxidació d'alcohol a acetaldehid. Existeixen tres vies possibles (Álvarez i Del Río, 2001; Lorenzo i Castro, 2006; Sanchis i Aragón, 2007):
 - o Via alcohol-deshidrogenasa. És la principal forma de metabolització i ve determinada per l'enzima *alcohol-deshidrogenasa* (ADH) i pel cofactor NAD. Aquest cofactor es transforma en la forma reduïda NADH, augmentant la relació NADH/NAD responsable de molts trastorns metabòlics deguts al consum crònic d'alcohol (Parés i Caballería, 2006). L'activitat de l'ADH augmenta amb l'edat i disminueix en situacions de dèficit de proteïnes. De mitjana, es metabolitzen uns 10 grams d'alcohol absolut per hora en una persona d'uns 70 kg, tot i que existeixen diferències individuals.
 - o Via microsomal. S'anomena "sistema microsomal oxidant d'alcohol" (MEOS). L'enzima responsable és el NADP que intervé conjuntament amb l'oxigen. La seva activitat es veu augmentada després d'una exposició repetida a l'alcohol; per tant, actua després d'un consum crònic, en persones alcohòliques o en cas de consum massiu quan la via anterior és insuficient. Aquesta forma de metabolització també és responsable de les principals interaccions medicamentoses.
 - o Via catalasa. L'enzima que intervé és la *catalasa* i, en requerir presència d'aigua oxigenada per exercitar la seva activitat, esdevé la via minoritària. Aquesta enzima és la responsable d'eliminar la intoxicació provocada pel peròxid

d'hidrogen o aigua oxigenada (H_2O_2). És a dir, la *catalasa* respon davant el peròxid d'hidrogen formant una molècula de *catalasa* activada que podria reaccionar amb l'etanol al cervell, obtenint com a productes de la reacció acetaldehid i aigua. Alguns estudis indiquen que aquesta enzima és un marcador viable per la propensió al consum d'alcohol ja que les neurones aminèrgiques poden resultar insuficients en l'eliminació d'acetaldehid, fet que provocaria una acumulació local d'aquest. Així, la localització de la catalasa en neurones aminèrgiques pobres en *aldehid deshidrogenasa* (ALDH) provocaria una oxidació selectiva d'etanol i una acumulació d'acetaldehid en aquestes neurones amb la seva conseqüent activació, que podria tenir com a efecte l'estimulació del consum d'alcohol (Escarabajal, 2002).

- Oxidació d'acetaldehid a acetat. Com a conseqüència de l'oxidació d'alcohol per qualsevol de les tres vies comentades, apareix l'acetaldehid, el qual novament s'oxida per donar lloc a l'acetat, mitjançant l'enzima *aldehid-deshidrogenasa* (ALDH) ajudada pel cofactor NAD altre cop. De vegades, però, una petita porció d'acetaldehid aconsegueix no transformar-se en acetat, passar al sistema circulatori i arribar al Sistema Nerviós Central (SNC) causant: estimulació i reforç del comportament de consumir alcohol, així com lesions als òrgans on s'hagi acabat ubicant com ara el fetge, el cervell o altres teixits. L'enzima ALDH, així com l'ADH mostren variacions en funció dels diferents grups racials, així doncs, existeixen diferències en el metabolisme de l'alcohol segons l'ètnia de les persones. A tall d'exemple s'ha observat que el 40% de persones orientals tenen l'ALDH inactiva, produint acumulacions d'acetaldehid, així com un efecte aversiu del consum d'alcohol i servint per tant de protecció davant el consum excessiu (Gual, 1990). L'explicació rau en que la presència d'acetaldehid al Sistema Nerviós Central s'associa amb els símptomes del fenomen de la ressaca.
- Biotransformació de l'acetat L'acetat obtingut és transformat en acetil-CoA mitjançant l'acció de l'enzima *acetilCoA-sintetasa*.

A continuació, al quadre 2.1.3.3.1., es presenta la formulació del procés metabòlic de l'alcohol.

Quadre 2.1.3.3.1.: Metabolisme de l'alcohol.



Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a).

2.1.3.4. Eliminació

La major part de l'alcohol consumit es metabolitza per la via hepàtica amb la intervenció d'anhídrid carbònic i aigua. Entre un 2% i un 10% de l'alcohol ingerit s'elimina mitjançant la respiració, l'orina i la suor, sense necessitar processos de metabolització, així com també s'excreta en la llet materna (Álvarez i Del Río, 2001; Lorenzo i Castro, 2006).

De promig, l'eliminació de l'alcohol ingerit segueix una velocitat constant de 0,15 g/l en una hora. Així doncs, la fórmula que apareix al quadre 2.1.3.4.1. ens permet conèixer el temps necessari per a l'eliminació de l'alcohol consumit.

Quadre 2.1.3.4.1.: Càlcul del temps necessari per a l'eliminació de l'alcohol ingerit.

$\text{Hores necessàries per a l'eliminació} = \frac{\text{taxa d'alcoholèmia}}{0.15 \text{ (g/l/h)}}$
--

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a).

2.1.4. INTERACCIONS MEDICAMENTOSSES

Les interaccions medicamentoses fan referència a la modificació de l'activitat terapèutica d'un fàrmac o de la seva toxicitat quan és administrat junt amb altre o altres fàrmacs, tòxics o aliments (Álvarez i Del Río, 1996; Álvarez, Pérez i Del Río, 1998). Aquestes interaccions poden ser beneficioses (quan incrementa l'activitat terapèutica o disminueix la toxicitat del fàrmac o fàrmacs implicats) o perjudicials (quan redueix l'efecte terapèutic o augmenta la toxicitat).

2. Efectes del consum d'alcohol

Cal tenir presents alguns aspectes a l'hora de poder avaluar els efectes d'interacció entre l'alcohol i els diferents medicaments, tals com: diferenciar entre ingesta aguda i crònica, existència o no de malaltia hepàtica, quantitat d'alcohol consumida i sexe.

Existeixen dos tipus d'interaccions:

- Farmacocinètiques.
 - o Afecten els processos d'absorció.
 - o Afecten el metabolisme hepàtic.
- Farmacodinàmiques. Incrementen l'efecte depressor de l'alcohol en el SNC en interacció amb d'altres depressors del SNC com barbitúrics o benzodiazepines.

Les principals interaccions medicamentoses descobertes es poden observar a la taula 2.1.4.1.

Taula 2.1.4.1.: Interaccions entre l'alcohol i els medicaments.

Analgèsics AINEs (salicilats)	Potenciació de l'efecte ulcerogènic dels antiinflamatoris no esteroides per augment de la secreció àcida gàstrica
Paracetamol	Ingesta aguda alcohol: augmenta la vida mitjana Ingesta crònica d'alcohol: disminueix la vida mitjana En ambdós casos augmenta l'hepatotoxicitat del paracetamol
Narcòtics	Potenciació efecte depressor SNC
Anestèsics Halotano Enflurano	L'alcohol indueix el CYP2E1 augmentant la seva toxicitat. Aquesta enzima està implicada en el metabolisme de xenobiòtics (productes químics que es troben a l'organisme per ingestió): antibiòtics, productes contaminants, etc
Ansiolítics/hipnòtics Benzodiazepines	Potenciació dels efectes depressors del SNC
Meprobamato	Potenciació dels efectes depressors del SNC
Antiandrogènics Ciproterona	Reducció dels efectes de bloqueig dels andrògens (hormones masculines)
Antiarrítmics Procainamida	Reducció de la vida mitjana de la procainamida
Disopiramida	Augment de l'aclariment renal del fàrmac

2. Efectes del consum d'alcohol

Antiasmàtics Teofilines	Augment de les concentracions plasmàtiques i efectes farmacològics de les teofilines
Anticoagulants Dicumarol	Ingesta aguda d'alcohol: potenciació de l'efecte anticoagulant Ingesta crònica d'alcohol: reducció de l'efecte anticoagulant
Anticolinèrgics	Potenciació dels efectes depressors sobre el SNC
Anticonvulsivants Barbitúrics	Potenciació dels efectes depressors sobre el SNC Ingesta aguda d'alcohol: prolongació de la vida mitjana Ingesta crònica d'alcohol: augment del seu metabolisme
Fenitoina	Ingesta aguda d'alcohol: prolongació de la vida mitjana Ingesta crònica d'alcohol: augment del seu metabolisme
Altres antiepilèptics	Possible potenciació dels seus efectes depressors sobre el SNC
Antidepressius Tricíclics	Potenciació dels seus efectes depressors sobre el SNC
Antidiabètics Insulina	Potenciació de l'efecte hipoglucemiant per reducció de la gluconeogènesi hepàtica
Sulfonilureas	Potenciació de l'efecte hipoglucemiant
Biguanidas	Potenciació de l'efecte hipoglucemiant Hiperlacticoacidèmia
Antihipertensius Antagonistes del calci	Felodipi i nimodipi: augment dels seus efectes farmacològics (irrigació de teixits cerebrals danyats després d'una hemorràgia cerebral) Verapamil: augmenta la concentració d'alcohol
Vasodilatadors Propanolol	Guanetidina, hidralazina, metildopa: augment de l'efecte hipotensor Augment de l'efecte hipotensor
Nitrats	
Antihistamínics H-1	Potenciació dels efectes depressors sobre el SNC
Antihistamínics H-2 Cimetidina	Inhibició del sistema microsomal hepàtic i potenciació dels efectes de l'alcohol
Antiinfecciosos Doxiciclina	Reducció de l'efecte antimicrobià

2. Efectes del consum d'alcohol

Antimaníacs	Reducció dels nivells sèrics de liti
Antineoplàsics Metotrexat	Augment de la toxicitat hepàtica del metotrexat
Antiparkinsonians Bromocriptina	Augment dels efectes tòxics
Antipsicòtics	Potenciació dels efectes depressors sobre el SNC
Psicoestimulants Amfetamina i cafeïna	Els resultats de la ingesta d'alcohol i amfetamina/cafeïna són variables (antagonisme o sinergisme) en funció de si quan s'ingereixen els psicoestimulants la persona està evidenciant els efectes "inhibitoris" o "depressors" de l'alcohol

Font: Álvarez i Del Río (2001).

2.1.5 RISC PER A LA SALUT DEL CONSUM D'ALCOHOL.

2.1.5.1. Concepte de risc per a la salut

L'OMS, en la 58^a Assemblea Mundial de la Salut celebrada el 2005, considera alarmant la magnitud dels problemes de salut pública en relació al consum nociu d'alcohol, així com la inclinació al consum perillós, especialment entre els joves (OMS, 2006c).

Es defineix com a risc per a la salut aquella pauta de consum que pot comportar danys futurs per a la salut física o mental, pel bevedor o per terceres persones tal i com puntualitza l'OMS (1994). El grau de risc no depèn únicament del volum d'alcohol ingerit, sinó que hi intervenen altres elements vinculats a la història familiar, a l'estil de vida, a l'ocupació laboral, etc. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). Cal precisar que no és necessari presentar una dependència a l'alcohol per a realitzar consums que esdevinguin un risc per a la salut. Val a dir, però, que manca unanimitat a nivell internacional a l'hora de determinar les quantitats d'alcohol necessàries per a ser considerades de risc. No obstant, els organismes sí que coincideixen en afirmar que qualsevol consum esdevé un risc en la població de dones embarassades, menors d'edat i persones amb activitats, malalties i tractaments que desaconsellin el seu consum (NIAAA, 2007; OMS, 2008).

Mentre que la tendència a Europa és a situar el risc pel consum en 5 UBE al dia en homes i 3 UBE al dia en dones, aquesta classificació presenta moltes variacions. Als Estats Units el límit s'estableix en 7 UBE al dia en homes i 5 en dones. Per la seva banda, l'OMS manté una postura més conservadora considerant d'alt risc el consum de 28 UBE a la setmana en homes i 17 en dones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; 2007b; OMS, 2008). Aquests valors fan referència a persones adultes i sanes. No obstant, l'edat és una variable a tenir en compte a l'hora d'analitzar la ingesta d'alcohol. Si bé ja s'ha comentat que en menors d'edat qualsevol consum esdevé un risc per a la salut, cal no oblidar l'altra banda del continu atès que les persones majors de 65 anys també mostren especificitat pel que respecta a l'afectació produïda pel consum d'alcohol. En aquest sentit, tal i com afirma l'OMS (2008), les quantitats considerades de menys risc de mort en homes i dones de menys de 65 anys són inferiors a 0.5 UBE i 0 UBE respectivament, mentre que a partir d'aquesta edat el menor risc de mort s'estableix en 1 UBE en homes i menys de 0.5 UBE en dones al dia. El *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008) proposa reduir la ingesta d'alcohol en homes sans de 65 o més anys a un màxim d'una consumició al dia i recomana no sobrepassar les 3 copes (42 g) al dia ni les 7 (98 g) a la setmana.

Paral·lelament, una altra pauta de consum considerada de risc per a la salut és l'anomenat **consum massiu**, *binge drinking* o **beure concentrat** (Rodríguez-Martos, 2005), que consisteix en beure grans quantitats d'alcohol en un espai breu de temps, independentment de si s'assoleix un estat d'embriaguesa o no. Aquest patró de consum suposa un major risc respecte a la ingesta de begudes alcohòliques al llarg del dia. A banda, per a establir el risc s'haurien de tenir en consideració altres aspectes com per exemple si s'ha pres alimentació amb anterioritat al consum, si s'ha de conduir un vehicle en un període de temps proper, etc. Novament, existeixen discrepàncies en relació a la quantitat d'alcohol necessària per a estimar un consum massiu i mentre a Itàlia i a Bèlgica aquesta tipologia de consum és considerada a partir de 6 copes en una mateixa ocasió (com a mínim un cop al mes), a Alemanya, Mèxic i Brasil són 5 les copes mínimes per a definir un consum massiu (OMS, 2004). El *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2007a) situa el consum massiu en 5 ó més begudes alcohòliques en un espai breu de temps i que poden suposar un consum mínim d'entre 5-10 UBE en funció de les begudes que s'escullin en l'episodi d'ingesta. A mode d'exemple si es prenen 5 cerveses s'haurien consumit 5 UBE mentre que si es beuen 5 combinats es correspondria a 10 UBE. Per la seva banda, el SIVFRENT (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles) posa el llindar, en població adulta de 18 a 64 anys, en 8 i 6 UBE en homes i dones

respectivament, mentre que en joves de 15-16 anys seria de 6 UBE per ambdós gèneres. En canvi, a Gran Bretanya el consum massiu d'alcohol es considera a partir de 3-4 unitats en una mateixa ocasió en homes i 2-3 consumicions en dones o el que és el mateix, 64 grams en homes i 48 grams en dones. L'Eurobaròmetre posa el llindar de *binge drinking* en la consumició mínima de 2.8 litres de cervesa, 1 botella de vi (aproximadament 72g) o 5 copes de licor en una única ocasió de consum. Tampoc existeix consens sobre l'estona necessària per a considerar el *binge drinking*, ni cada quant temps tot i que la proposta més acceptada està al voltant d'una i dues vegades al mes. La concepció formulada en la Primera Conferència de Prevenció i Promoció de la Salut en la Pràctica Clínica a Espanya equival a un consum de 6 UBE o més en homes i 4 UBE o més en dones, ingerides en una sessió d'entre unes 4-6 hores, durant la que es manté un cert nivell d'intoxicació, assolint un índex d'alcoholèmia igual o superior a 0.8 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

A la taula 2.1.5.1.1. s'exposen les diferents classificacions detectades en relació al consum d'UBE que representen els diferents graus de risc per a la salut, així com les UBE necessàries per a conformar un consum massiu.

Taula 2.1.5.1.1.: Equivalències entre les UBE i la consideració de risc per a la salut segons les diferents fonts.

ZONA GEOGRÀFICA	GÈNERE	TEMPS	RISC BAIX	RISC MIG	RISC ALT	FONT
Catalunya	Homes	Al Dia			>4	Generalitat de Catalunya (2006b)
		A la setmana			>28	
		Única Ocasíó			>6	
	Dones	Al Dia			>2	
		A la setmana			>17	
		Única Ocasíó			>5	
Espanya	Homes	Al Dia	2	3	>4	Rodríguez-Martos (2005)
		A la setmana				
		Única Ocasíó			5	
	Dones	Al Dia	1	2	>2.4	
		A la setmana			4	
		Única Ocasíó				
Espanya ⁷	Homes	Al Dia	>3	>4	6	Rodríguez-Martos (2005)
		A la setmana	21	28	42	
		Única Ocasíó			>5	
	Dones	Al Dia	>2	>2.5-3	4	
		A la setmana	14	17	28	
		Única Ocasíó			≥4	
Espanya	Homes	Al Dia			≥5	Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a; 2007b)
		A la setmana	<17	17-28	>28	
		Única Ocasíó				
	Dones	Al Dia			≥3	
		A la setmana	<11	11-17	>17	
		Única Ocasíó				
Espanya	Homes	Al Dia	>0-4	>4-6 ⁷	>6	Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b)
		A la setmana			>28	
		Única Ocasíó			≥6	
	Dones	Al Dia	>0-2	>2-4 ⁷	>4	
		A la setmana		>17 ⁷		
		Única Ocasíó			≥4	
Espanya	Homes	Al Dia			>4	Álvarez (2008)
		A la setmana			>28	
		Única Ocasíó			6	
	Dones	Al Dia			>2-2.5	
		A la setmana			>17	
		Única Ocasíó			4	

⁷ En aquesta classificació s'estableix una categoria prèvia al baix risc anomenada *consum prudent* que equival a una ingesta diària de fins a 2-3UBE en homes i 1-2 en dones i setmanal de 14-21UBE en homes i 7-14 en dones. Tot i que es puntualitza que seria convenient que aquest consum no s'establís diàriament sinó que s'alternessin dies d'abstinència, amb un mínim de 2 a la setmana.

2. Efectes del consum d'alcohol

Finlàndia	Homes	Al Dia			Álvarez (2008)	
		A la setmana		≥24		
		Única Ocasió				
	Dones	Al Dia				
		A la setmana		≥16		
		Única Ocasió				
Estats Units	Homes	Al Dia	≤2	>4	NIAAA (2007)	
		A la setmana		>14		
		Única Ocasió		≥5		
	Dones	Al Dia	≤1	>3		
		A la setmana		>7		
		Única Ocasió		≥4		
Estats Units⁸	Homes	Al Dia		≥5 consumicions o ≥7 UBE	Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b)	
		A la setmana		≥15 consumicions o ≥21 UBE		
		Única Ocasió				
	Dones	Al Dia		≥3 consumicions o ≥4.2 UBE		
		A la setmana		≥8 consumicions o ≥11.2 UBE		
		Única Ocasió				
Mundial⁹	Homes	Al Dia	4-6	>6	OMS (2008)	
		A la setmana	<28	28- 34.9		>35
		Única Ocasió				>6
	Dones	Al Dia		2-4		>4
		A la setmana	<14	14- 20.9		>21
		Única Ocasió				>6

Des d'un punt de vista clínic no es contempla únicament la quantitat d'alcohol ingerida o la freqüència de consum sinó que es tenen en compte també les manifestacions clíniques que la ingesta d'alcohol pot causar en l'individu. En aquest sentit, el consum d'alcohol esdevé dins un continu que contempla les fases d'abstenció, consum de baix risc, consum de risc, consum

⁸ En aquesta categorització es parla de g/dia i per tant en aquesta taula s'ha reconvertit aquesta mesura en UBE prenent la conceptualització espanyola d'equivalència entre g/UBE (1 UBE = 10 g d'alcohol pur consumits). Per altra banda, estableixen l'equivalència en consumicions.

⁹ L'OMS parla d'un consum a tres nivells: baix, de risc i perjudicial. La diferència està en que el consum de risc pot causar dany a la salut si persisteix, mentre que el consum perjudicial comporta danys a la salut física o mental.

perjudicial i dependència. El pas per les fases pot esdevenir de forma lineal tot i que en algunes ocasions es converteix en un procés cíclic (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; OMS, 2008).

2.1.5.2. Avaluació del risc per a la salut

Per tal d'avaluar el consum excessiu d'alcohol, entès de la forma més àmplia (consum de risc, perjudicial, problemàtic, etc.) existeixen diferents instruments psicomètrics: el Fast Alcohol Screening Test (FAST) (Hodgson et al., 2003), el CAGE (acrònim de cut-annoyed-guilty-eye) (Ewing, 1984), el brief MAST (versió reduïda del Michigan Alcoholism Screening Test) (Selzer, 1971), entre d'altres. El més estès i utilitzat és l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), creat per l'OMS (2001), el qual consta de 10 preguntes (taula 2.1.5.2.1.). Els autors proposen el punt de tall per establir un consum de risc, perjudicial i possiblement dependència també en 8 punts. No obstant, existeixen diferències individuals que fan variar aquest llindar, com ara l'edat. Concretament, el límit minva un punt i se situa en 7 en persones de 65 anys o més. Cal tenir present, que a banda de la puntuació obtinguda és necessària una valoració qualitativa de les preguntes, ja que les tres primeres fan referència al consum de risc, la 4, 5 i 6 a símptomes de dependència, mentre que les tres últimes qüestions estan elaborades en relació al consum perjudicial. La NIAAA (2007) per la seva banda, proposa que la puntuació llindar acceptada als 8 punts, sigui en homes fins a 60 anys, mentre que planteja que en dones, adolescents i homes de més de 60 anys 4 sigui una puntuació positiva. Tanmateix, es considera que la sensibilitat i especificitat varien d'acord amb la població de manera que si es fa servir un punt de tall de 4 per tothom es podrien identificar més casos de falsos positius entre homes adults.

2. Efectes del consum d'alcohol

Taula 2.1.5.2.1.: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

1. Amb quina freqüència consumeix alguna beguda alcohòlica?	0. Mai. 1. 1 o menys vegades al mes. 2. 2 o 4 vegades al mes 3. 2 o 3 vegades a la setmana 4. 4 o més vegades a la setmana
2. Quantes consumicions de begudes alcohòliques sol realitzar en un dia de consum normal?	0. 1 o 2. 1. 3 o 4. 2. 5 o 6. 3. 7 a 9. 4. 10 o més.
3. Amb quina freqüència pren 6 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió de consum?	0. Mai. 1. Menys d'una vegada al mes. 2. Mensualment. 3. Setmanalment. 4. A diari o quasi a diari.
4. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha estat incapaç de parar de beure una vegada havia començat?	0. Mai. 1. Menys d'una vegada al mes. 2. Mensualment. 3. Setmanalment. 4. A diari o quasi a diari.
5. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no va poder fer el que s'esperava de vostè perquè havia begut?	0. Mai. 1. Menys d'una vegada al mes. 2. Mensualment. 3. Setmanalment. 4. A diari o quasi a diari.
6. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha necessitat beure en dejú per recuperar-se després d'haver begut molt el dia anterior?	0. Mai. 1. Menys d'una vegada al mes. 2. Mensualment. 3. Setmanalment. 4. A diari o quasi a diari.
7. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?	0. Mai. 1. Menys d'una vegada al mes. 2. Mensualment. 3. Setmanalment. 4. A diari o quasi a diari.
8. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no ha pogut recordar el que va passar la nit anterior perquè havia estat bevent?	0. Mai. 1. Menys d'una vegada al mes. 2. Mensualment. 3. Setmanalment. 4. A diari o quasi a diari.
9. Vostè o alguna altra persona ha resultat ferit perquè vostè havia begut?	0. No. 1. Sí, però no en el curs del darrer any. 2. Sí, en el darrer any.
10. Algun familiar, amic, metge o professional sanitari ha mostrat preocupació pel seu consum de begudes alcohòliques o li ha indicat que deixi de beure?	0. No. 1. Sí, però no en el curs del darrer any. 2. Sí, en el darrer any.
Puntuació mínima: 0 punts. Puntuació màxima: 36 punts.	

El mateix organisme creador d'aquest l'instrument aconsella les actuacions necessàries a portar a terme en funció de les puntuacions obtingudes. En aquest sentit, a persones amb puntuacions entre 8 i 15 els aniria bé el consell d'un especialista en la línia de reduir el consum de risc, entre 16 i 19 seria recomanable un consell breu (*brief counselling*) per part del professional de la salut i continuar amb un seguiment, mentre que en puntuacions superiors a 20 seria pertinent passar a una fase de diagnòstic i avaluació de la dependència a l'alcohol.

Als Estats Units, Thornton (2009) ha detectat en població universitària una puntuació mitjana en el test AUDIT de 11.74 ($DT = 7.38$) a la Universitat de Kansas i de 7.01 ($DT = 5.13$) a la Universitat de Wisconsin. Així doncs, els valors estarien pròxims al punt de tall signe de consum perillós i nociu per a la salut, així com de possible dependència a l'alcohol. Colby et al. (2009) també en una mostra de 75 estudiants universitaris nord-americans d'entre 20 i 23 anys detectaren puntuacions d'aquesta prova entre els 0 i els 30 punts, amb una mitjana de 11 punts ($DT = 6.6$).

A Espanya, alguns autors també han utilitzat aquest test en les seves investigacions. Així, Prado, Crespo, Brenlla i Páramo (2007), en una mostra de 240 estudiants universitaris (210 noies i 36 nois de l'escola universitària d'infermeria) van descobrir una puntuació mitjana a l'AUDIT de 4.47 ($DT = 1.08$). Més concretament, el 67.9% dels participants van obtenir puntuacions no clíniques (sense consum de risc), el 27.1% van ser classificats com a bevedors de risc i el 3% va mostrar probabilitat de patir dependència.

Pérula, Fernández, Arias, Muriel, Márquez i Ruiz (2005) van realitzar una validació del qüestionari AUDIT per a la identificació del consum de risc i de trastorns associats a l'ús d'alcohol en dones adultes (d'entre 18 i 75 anys). Van detectar una puntuació mitjana de 4 punts ($DT = 7.49$) (IC 95%: 3.27-4.72), amb una mediana i moda = 1 i una oscil·lació entre 0-40 punts sense diferències destacables en funció de l'edat. La mitjana detectada en les dones universitàries correspon a 10.87.

2.2. CONSEQÜÈNCIES DEL CONSUM D'ALCOHOL

L'alcohol és una substància amb una gran capacitat de difusió i d'àmplia distribució en l'organisme, amb múltiples llocs d'acció (Guardia, 2001). En conseqüència, l'alcohol exerceix importants efectes farmacològics en diferents òrgans del cos, tot i que, tal i com s'ha comentat, aquests depenen de factors tals com: la quantitat d'alcohol ingerida, la naturalesa del consum agut o crònic, les característiques personals de salut o malaltia, etc. L'*European Commission* (2006a) estima que aproximadament 55 milions de persones adultes de la Unió Europea beuen alcohol en nivells perjudicials per a la salut¹⁰.

Alguns autors sostenen que el primer any de transició a la universitat existeix un elevat risc de consum de grans quantitats d'alcohol i que per tant els estudiants estan subjectes a patir problemes relacionats amb el consum d'alcohol, amb diferències entre nois i noies. Elles, després de prendre alcohol tendeixen a experimentar sentiments negatius vers elles mateixes i trastorns relacionats amb la gana o amb la son, mentre que ells és més probable que se sentin nerviosos o irritables, que condueixin sota la influència de l'alcohol o que consumeixin drogues il·legals (Talbot, Umstattd, Usdan, Geiger i Martin, 2009).

A continuació s'exposaran les principals accions que s'han documentat en relació a l'alcohol i els seus efectes sobre l'organisme.

2.2.1. CONSEQÜÈNCIES FÍSiques

L'any 2002 es van registrar 7 milions de morts relacionades amb el consum de substàncies a tot el món. El 70% d'aquestes (4.9 milions) van ser causades pel tabac, el 25.71% (1.8 milions) per l'alcohol, mentre que el conjunt de totes les drogues il·legals va suposar tan sols el 3% del total (200,000 morts) (OMS, 2002). Simultàniament, cada any moren a Espanya 20,000 persones amb el consum d'alcohol com a causa directa. A més, l'ús d'aquesta substància és responsable també del 25% de les hospitalitzacions en l'àmbit de medicina interna, i del 15% de les atencions als serveis d'urgències (Ortiz, Peña, Ortiz i Sánchez, 2003; Ponce, 2005). Les principals causes

¹⁰ Un consum superior a 40gr d'alcohol o 4 UBE diàries en el cas dels homes i 20gr o 2 UBE pel cas de les dones.

de mort atribuïbles a l'alcohol són: malalties digestives (39.1%), lesions intencionals (28.1%), lesions no intencionals (13.5%), malalties circulatòries (10.1%), tumors (5.1%), trastorns mentals i del comportament (3.9%), malalties del sistema nerviós (0.8%) i problemes relacionats amb l'embaràs, part i perinatals (0.04%). Per altra banda, la mortalitat prematura o els anys de vida perduts en el 2004 com a conseqüència del consum d'alcohol va ser de 22.6 anys (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

L'edat

Sectorialitzant per edats, descobrim que en una de cada quatre morts de joves de tot el món (entre 15 i 29 anys) hi té un pes rellevant el consum d'alcohol; a l'Europa Oriental l'any 1999 la ràtio ascendia fins a una de cada tres morts. Cal contemplar també que el 5% de morts a nivell mundial de persones d'aquesta mateixa franja d'edat té com a agent culpable i directe l'alcohol (Pascual, 2002). Així doncs, queda palès que el consum d'alcohol pot esdevenir un agent causant de malalties i mort prematura (Orgaz, Segovia, López i Tricio, 2005).

Un estudi realitzat amb 6,353 adolescents americans va examinar-ne els índexs de consum d'alcohol i els problemes associats quan aquests tenien entre 12 i 18 anys, i al cap de 6 anys quan les seves edats es trobaven compreses entre els 18 i els 24 anys. Els ítems vinculats amb els problemes derivats del consum d'alcohol van ser més severos a l'inici de l'adulthood (Kahler, Hoepfner i Jackson, 2009).

Existeixen dues teories que relacionen l'edat i les afectacions derivades del consum d'alcohol (Calvo, 2003). La primera és la *teoria de l'envelliment accelerat* la qual suggereix que les persones alcohòliques mostren signes d'atròfia comparables als subjectes no alcohòlics 20 anys més grans, tot i que l'atròfia és reversible en els primers. La segona teoria s'anomena *sensibilitat diferencial* entre persones joves i ancianes i estableix que les persones més grans necessiten més temps de recuperació després d'un consum d'alcohol i mostren més dèficits ateses les diferències en la plasticitat neuronal.

El gènere

Dins l'àmbit de les afectacions físiques produïdes pel consum d'alcohol, com s'ha comentat, cal tenir present que el gènere femení té un ritme de metabolització inferior, fet que accentua el risc de patir problemes relacionats amb la salut (Álvarez i Del Río, 2001; Megías et al., 2007). Investigacions recents donen suport a aquesta idea, com és el cas d'un estudi de cohort amb el qual es va realitzar un seguiment de 5,333 bevedors durant 21 anys. La relació de problemes a l'inici de l'estudi, detectats mitjançant proves mèdiques, l'administració del qüestionari CAGE i d'un test de salut i estil de vida, va ser menor en el cas de les dones (2.4% en les dones vs. 7.8% en homes). No obstant, al finalitzar l'estudi havien mort 1,201 persones (de forma més evident entre persones amb un consum problemàtic d'alcohol), amb major risc de mortalitat relatiu entre les dones (2.25, IC 95%: 1.22-4.12) respecte els homes (1.49, IC 95%: 1.12-1.99). Cap de les covariables objecte d'anàlisi tals com la posició econòmica o la comorbiditat somàtica i psiquiàtrica van mostrar efecte significatiu (Batty, Hunt, Emslie, Lewars i Gale, 2009).

A la figura 2.2.1.1. es presenta l'evolució de la mortalitat atribuïble al consum d'alcohol a Espanya entre els anys 1999 i 2004 en funció del gènere. En ella es detecta una relació de 3 a 1 en la mortalitat entre homes i dones.

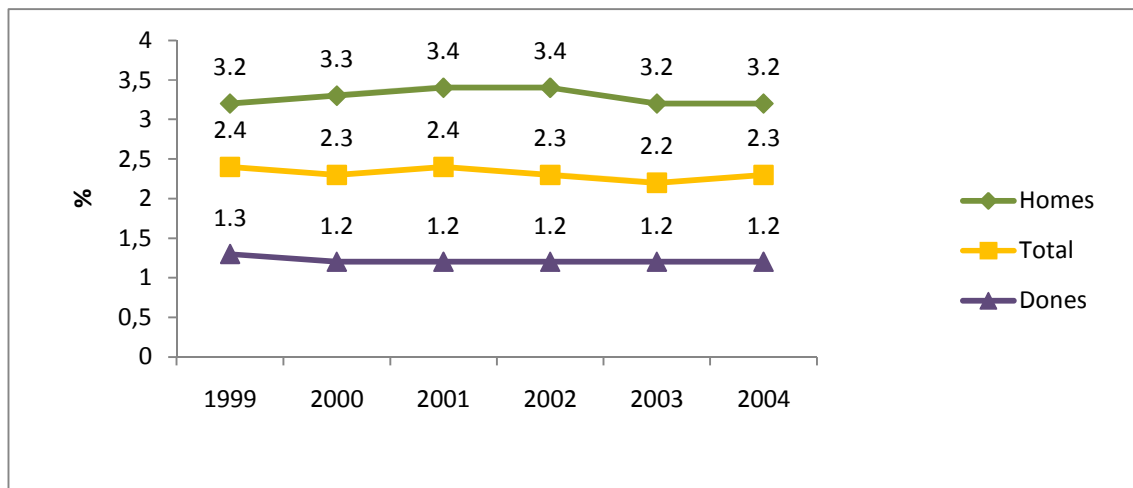


Figura 2.2.1.1.: Mortalitat atribuïble a l'alcohol a Espanya en funció del gènere.
Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b).

En un treball realitzat amb 910 estudiants universitaris colombians (428 nois i 482 noies d'entre 17 i 35 anys) es revelà que pel gènere femení existeix més probabilitat d'intoxicació alcohòlica amb una major presentació d'alteracions fisiològiques d'òrgans diferent del cervell. Per ordre de major a menor els signes amb més freqüència d'aparició en elles foren: disàrtria (alteració del llenguatge), fisiològics (rubor facial, vòmit i convulsions), alteració de l'estat de la consciència, i cognitius, motors i emocionals (augment de la sociabilitat, de l'agressivitat i del plor o riure fàcil). Simultàniament s'observà que les noies experimentaven una major presència de símptomes de la síndrome d'abstinència, així com menys signes socials d'abús del consum i menys pèrdua de conductes d'autocontrol. En els homes es detectà una relació directa entre les expressions psicològiques de la intoxicació i les manifestacions socials de l'abús del consum, així com una relació entre major tolerància i abús. En canvi en les dones no s'observà relació entre les manifestacions físiques de la intoxicació i les expressions socials de l'abús del consum, fet que podria deure's a les diferències de gènere a l'hora d'afrontar les relacions i les situacions estressants. Segons els autors de l'estudi aquest fet podria venir donat per la menor lateralització interhemisfèrica cerebral de les funcions psicològiques del cervell en la dona i els seus correlats funcionals en l'adaptació i control del medi social. Ambdós gèneres mostraren igual risc d'intoxicació alcohòlica, tot i que ells posseïen el doble de risc de presentar signes de dependència i d'abús. Per altra banda, el consum d'alcohol de la dona es mostrà associat a estats depressius, mentre que en el cas de l'home es descobrí un major vincle entre el consum d'alcohol i la presència d'un desordre de personalitat antisocial (Bríñez-Horta, 2001).

A nivell neurològic l'afectació cerebral entre homes i dones és comparable, malgrat s'ha detectat que estructuralment les dones alcohòliques mostren un menor volum de substància gris respecte a altres dones sense problemes amb l'alcohol, mentre que les diferències entre homes alcohòlics i no alcohòlics no és tan destacada. El mateix fet esdevé amb la magnitud de les diferències en el volum cerebral ajustat a la mida intracranial, entre dones alcohòliques i no alcohòliques en comparació amb els homes (Hommer, Momenan, Kaiser i Rawlings, 2001). Aquestes dades evidencien un major deteriorament intel·lectual i més complicacions neuropsicològiques en elles, atesa la major pèrdua de teixit cerebral (Sánchez-Hervás, Tomás i Morales, 2003).

Tot i la inferioritat en freqüència i consum en elles, s'ha detectat una major probabilitat de patir hepatitis, cirrosis i de morir en persones del gènere femení. A més es coneix que les dones que pateixen cirrosi solen morir una dècada abans que els homes amb la mateixa malaltia (Sánchez-

Hervás et al., 2003). Pel que respecta a afectacions físiques específiques en les dones com a conseqüència del consum d'alcohol, destaquen: osteoporesis, alteracions en l'embaràs, alteracions ginecològiques i disfuncions sexuals, depressió i suïcidi, i càncer de mama (Sánchez, 2009).

L'alcohol provoca afectacions a tot l'organisme, sense necessitat de que el consum sigui crònic o intens (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). Tot seguit, s'anomenen les principals afectacions evidenciades.

2.2.1.1. Efectes sobre el Sistema Nerviós Central (SNC) i Sistema Nerviós Perifèric (SNP)

L'alcohol és una substància psicoactiva, és a dir, capaç de modificar el comportament d'acord amb el seu poder d'alteració del Sistema Nerviós Central (OMS, 1994; Sanchis i Aragón, 2007). Actua com a depressor del SNC, presentant tolerància creuada amb altres agents depressors. Contràriament, i de forma inicial, pot semblar que els efectes de l'alcohol van en direcció contrària donada certa sensació d'estimulació que ve provocada per la inhibició dels mecanismes limitadors del control nerviós i pel fet que a baixes concentracions aquesta substància té un efecte ansiolític. A més, l'etanol causa una fluïdificació de la membrana neuronal, de forma més acusada a les zones contigües als receptors, efectuant canvis en l'activitat neurotransmissora i neuromoduladora (Lorenzo i Castro, 2006). Les repercussions sobre el SNC depenen de la seva concentració en sang tal i com s'observa a la taula 2.2.1.1.1.

2.2.1.1.1.: Efectes de l'alcohol sobre el Sistema Nerviós Central.

ALCOHOLÈMIA	EFFECTES
0.30 a 0.49 g/l	Excitabilitat emocional Disminució de l'agudesament mental i de la capacitat de judici Relaxació i sensació de benestar Deteriorament dels moviments oculars
0.50 a 0.79 g/l	Reacció general alentida Alteració dels reflexes Inici de pertorbació motriu Eufòria, distensió i benestar Tendència a la inhibició emocional Inici de la impulsivitat i l'agressivitat
0.80 a 1.49 g/l	Estat d'embriaguesa important Reflexes molt pertorbats i alentiment de les respostes Pèrdua del control precís dels moviments Problemes greus de coordinació Dificultat de concentració de la vista Disminució notable de la vigilància i de la percepció de risc
1.50 a 2.49 g/l	Embriaguesa amb possibles efectes narcòtics i confusió Canvis conductuals imprevisibles: agitació psicomotriu Fortes pertorbacions psicosensores i notable confusió mental Vista doble i actitud titubejant
Més de 2.50g/l	Embriaguesa profunda Estupor amb analgèsia i progressiva inconsciència Abolició dels reflexes, paràlisi i hipotèrmia Pot desembocar en coma

Font: Adaptació d'Álvarez i Del Río (2001).

L'etanol és un tòxic cel·lular que pot causar la mort i afectar a la diferenciació i proliferació cel·lular, provocant efectes més greus en les cèl·lules neurals en desenvolupament, però amb capacitat per a afectar també les cèl·lules diferenciades (Guerra, 2000). En aquest sentit, són diverses les alteracions neuropsicològiques detectades després d'anys de consum. Existeixen quatre teories que responen a l'explicació d'aquestes deficiències (Calvo, 2003; Iruarrizaga, Miguel-Tobal i Cano, 2001; Landa, Fernández-Montalvo i Tirapu, 2004):

L'una rep el nom d'*Hipòtesis del Continu*, i proposa que el deteriorament cognitiu forma part d'un continu, en un pol s'hi detectarien els bevedors ocasionals i en l'altre els afectats per la síndrome Wernicke-Korsakoff (veure pàgina 72) o la demència alcohòlica. Els subjectes més vulnerables a l'efecte tòxic de l'alcohol presentaran amb més facilitat una atrofia cerebral i un deteriorament

cognitiu mentre que aquelles persones més susceptibles de presentar una deficiència de tiamina desenvoluparan possiblement una síndrome Wernicke-Korsakoff de gravetat moderada, i qui presenti vulnerabilitat a ambdós factors, té altes probabilitats de patir la síndrome Wernicke-Korsakoff amb la complicació de major persistència després de l'administració de tiamina.

Existeix una segona teoria anomenada *Hipòtesis de l'Envelliment Prematur*, la qual defensa que totes les àrees experimenten un envelliment progressiu, mostrant les persones amb una dependència a l'alcohol dèficits equiparables als detectats en la vellesa o en casos de demència.

La *Hipòtesis de l'Hemisferi Dret* suggereix que les persones amb alcoholisme crònic pateixen un deteriorament major en l'hemisferi dret degut als canvis electrofisiològics i neurodegeneratius causats per l'alcohol i per tant els bevedors crònics mostren majors dificultats en tasques visoespials que en les verbals.

Finalment, la *Hipòtesis de l'Afectació Frontal* sosté un major dany en aquesta àrea, provocant dificultats en la identificació de conceptes abstractes, pensament rígid, dèficits en la solució de problemes, generació de plans i alternatives de conducta, disminució de la fluïdesa verbal i distracció de l'atenció, agressivitat i pèrdua de control conductual.

Un estudi comparant 77 subjectes de la població general amb 85 pacients alcohòlics, coincidint amb les troballes d'altres estudis, va detectar en aquests últims una major alteració en la capacitat visoespial, sensomotora, sensoperceptiva i de l'abstracció no verbal. Per altra banda, però, els pacients presentaven també afectació dels components verbals, deteriorament en la velocitat motora, de la capacitat rítmica i de les habilitats tàctils. Al mateix temps tenien dificultats en la capacitat d'integració de la informació perceptual i l'activitat motora, alentiment motor, dèficit de la capacitat d'atenció i concentració auditiva, dèficits sensoperceptius relacionats amb la localització i direcció d'estímuls tàctils, dificultats per relacionar i comprendre conceptes i per establir relacions verbals espials, deteriorament de la capacitat de càlcul i del maneig de dígit i símbols aritmètics, dèficit de memòria (visual i verbal) i deteriorament intel·lectual (en components verbals i no verbals) (Calvo, 2003; Iruarrizaga et al., 2001). Aquestes últimes alteracions han estat detectades per altres autors els quals refereixen haver descobert un deteriorament de la memòria a curt termini, mentre que la memòria procedimental quedaria conservada. La principal funció afectada d'entre les d'adquisició, emmagatzematge i recuperació, és la primera. És a dir, es mostren dificultats per aprendre o obtenir nova informació.

Simultàniament, les funcions executives presenten un dèficit que es veu reflectit en tasques de resolució de situacions noves, de planificació, d'abstracció, d'inhibició de respostes irrellevants, de flexibilitat mental, de generació de conceptes, d'assajos mentals i de reconeixement d'assoliments. Tot i que cal tenir en compte diversos aspectes com: els anys d'evolució de la dependència, els patrons i les quantitats de beguda, així com variables sociodemogràfiques com l'edat i el gènere, la història familiar d'alcoholisme, la comorbiditat psiquiàtrica, el policonsum de substàncies i les complicacions mèdiques associades (Calvo, 2003; Landa et al., 2004).

Existeixen diverses patologies neurològiques relacionades amb la ingesta d'alcohol que afecten el Sistema Nerviós Central (síndrome Wernicke-Korsakoff, pel·lagra, degeneració cerebel·losa, marchiafava-bignami, mielinolisis pontina central i epilèpsia) o bé el Sistema Nerviós Perifèric (beri-beri, ambliopia alcohol-tabac, polineuropatia, neuropatia autonòmica, neuropatia de l'hepatopatia crònica, síndrome dels peus calents i miopatia) (Calvo, 2003; Chirivella, Espert i Gadea, 1996; Lorenzo i Castro, 2006; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). A continuació es detallen les patologies esmentades.

Sistema Nerviós Central

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Aquesta doble síndrome està composta per dues afectacions (de Wernicke i de Korsakoff) que equivalen a dues fases diferents de la mateixa malaltia causada per un dèficit de tiamina (vitamina B₁) que pot aparèixer amb l'alcohol com a agent causal, tot i que també poden provocar-lo la desnutrició, una dieta inadequada, o bé una mala absorció o augment dels requeriments de tiamina. El trastorn de Wernicke consisteix en un estat de confusió, problemes oculomotors i atàxia (descoordinació del moviment). Pel que fa a l'afectació de Korsakoff es manifesta quan la de Wernicke remet i es caracteritza per una alteració de les funcions cognitives superiors (memòria i orientació) que es tradueix en episodis d'amnèsia anterògrada i retrògrada, fabulació i desorientació (en l'espai i el temps).

Pel·lagra

Apareix per un dèficit de niacina (àcid nicotínic o vitamina B₃). Bàsicament es compon de tres símptomes: dermatitis descamativa, diarrea crònica i demència. Inicialment apareixen alteracions

neuroològiques tals com: irritabilitat, depressió i pèrdua de memòria que en casos més greus poden evolucionar i desembocar en estadis d'estupor i coma.

Degeneració cerebel·losa

Consisteix en inestabilitat del tronc, incoordinació de les extremitats inferiors i tremolor.

Malaltia de Marchiafava-Bignami

Representa una degeneració del cos callós, encarregat de la connexió interhemisfèrica. Els símptomes més destacats són: alteració de la consciència, crisis convulsives i signes neurològics multifocals.

Mielinolisis pontina central

Consisteix en una encefalopatia generalitzada provocada per l'alcoholisme crònic o bé arrel de la desnutrició.

Epilèpsia

L'alcohol contribueix a l'aparició de crisis epilèptiques ja sigui durant el consum o posteriors al mes d'abstinència.

Sistema Nervios Perifèric

Beri-beri

Aquesta malaltia pot aparèixer novament amb un dèficit de tiamina com a causa principal. N'existeixen dues modalitats: el *beri-beri sec* caracteritzat per una pèrdua de la sensibilitat cutània i el *beri-beri humit* que provoca una insuficiència cardíaca congestiva.

Ambliopia alcohol-tabac

És una malaltia amb poca freqüència d'ocurrència, que es manifesta en homes de mitjana edat que consumeixen alcohol i a més es declaren fumadors en actiu. Es caracteritza per un dèficit visual en augment que no acostuma a arribar a estats de ceguera.

Polineuropatia alcohòlica

Es tracta d'una polineuropatia axonal sensitivomotora distal progressiva de curs lent.

Neuropatia autonòmica (disautonomia alcohòlica)

Es compon d'hipotensió postural, palpitations, distèrmia i sudoració excessiva en extremitats inferiors.

Síndrome dels peus calents (*burning feet*)

Intensa sensació de calor i de cremor als peus o a la planta dels peus.

Neuropatia de l'hepatopatia crònica

Es tracta d'una neuropatia sensitiva, molt dolorosa, desmielinitzant i crònica.

Miopatia

En el cas de ser subclínica consisteix en enrampades o debilitat intermitent, en la versió crònica apareix una debilitat proximal progressiva.

2.2.1.2. Efectes sobre l'aparell digestiu

L'absorció de l'alcohol a l'estómac i les primeres porcions de l'intestí propicia lesions en aquest tram per l'acumulació de la substància en les zones esmentades (Parés i Caballería, 2006). A continuació es detallen les principals conseqüències que pot provocar el consum d'alcohol sobre els òrgans de l'aparell digestiu.

Orofaringe

El consum d'alcohol pot provocar la presència de quilitis (èczema labial), boqueres (infecció de la mucosa de la comissura dels llavis), glossitis (inflamació de la llengua), gingivitis, càries, hipertrofia de la glàndula paròtida i càncer de llavi, de llengua o de la cavitat orofaríngia (Abdel-Kader, Nieto, Conde i Rosado, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a).

Esòfag

El consum d'etanol pot produir diverses alteracions com: disminució o augment de la pressió esofàgica que facilita l'aparició d'esofagitis crònica, epiteli de Barrett, estenosis pèptiques i úlceres, o síndrome de Mallory-Weiss (estrip de la mucosa de la unió gastroesofàgica que pot provocar una hemorràgia digestiva o una ruptura de l'esòfag). També s'incrementa el risc de patir càncer d'esòfag amb major probabilitat en cas de ser fumador. En el cas d'existir una hèrnia

hiatal n'agreuja els símptomes (Abdel-Kader et al., 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; Parés i Caballería, 2006).

Estómac

S'experimenta un augment de la secreció d'àcid i gastrina degudes al consum d'alcohol, i en cas que aquest sigui reiterat, pot provocar patologies tals com gastritis aguda o crònica i retard en el buidament gàstric, úlceres i càncer d'estómac (Abdel-Kader et al., 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; Parés i Caballería, 2006).

Intestí

A dosis elevades inhibeix el peristaltisme intestinal, mentre que el consum crònic interfereix en l'absorció de vitamina B, i altres nutrients, podent ocasionar dèficits vitamínics i nutricionals (Rubio i Santo-Domingo, 2001); o bé alteracions i fibrosis de la mucosa de l'intestí (Parés i Caballería, 2006).

Fetge

El desenvolupament de patologia hepàtica depèn de: factors metabòlics, la quantitat, la durada i el patró de beguda. Tot i així, no existeix unanimitat quant a les dosis d'alt risc que oscil·len entre 40-80 g/dia homes i 20-40 g/dia en les dones, existint major vulnerabilitat en elles (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). Pot donar lloc a disfuncions que fluctuen des d'una acumulació de greix fins a l'hepatitis alcohòlica o la cirrosi alcohòlica (Parés i Caballería, 2006). En persones joves també es pot ocasionar la cirrosi hepàtica tot i la creença popular que aquesta malaltia es desenvolupa únicament després d'anys de consum crònic (Casas i López, 1996). Els símptomes que evidencien un dany hepàtic són: icterícia, colúria (orina de color fosc), febre, hepatomegàlia (augment de la mida del fetge) i ascitis (presència de líquid intraperitoneal). Per altra banda, l'hepatopatia crònica es mostra amb l'aparició de: aranyes vasculars cutànies i ginecomàstia (augment de la mida de les mames en homes) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). A més, problemes previs d'hepatitis poden desencadenar la cirrosi de forma precipitada si continua persistint el consum d'alcohol. La ingesta etílica també comporta un major risc de desenvolupar un hepatocarcinoma (Castro, López i Pedreira, 2006).

Pàncrees

El consum d'alcohol pot generar pancreatitis aguda o crònica (Álvarez i Del Río, 2001; Parés i Caballería, 2006) que cursa amb edema, necrosis i hemorràgia pancreàtica que es tradueix en

dolor abdominal intens susceptible de complicar-se amb hipotensió, febre i *shock*, així com amb l'aparició de pseudoquistes i de diabetis secundària (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a).

2.2.1.3. Efectes sobre l'aparell respiratori

L'alcohol deprimeix la reacció ventilatòria al diòxid de carboni, per tant, grans episodis d'alcohol produeixen una depressió respiratòria que pot resultar perillosa, fins i tot letal (Álvarez i Del Río, 2001).

2.2.1.4. Efectes sobre l'aparell cardiovascular

Els efectes sobre aquest sistema difereixen en funció del consum d'alcohol (Álvarez i Del Río, 2001):

Baix consum d'alcohol

Disminueix la contractilitat miocardiàca i causa una vasodilatació perifèrica ocasionant un descens de la pressió arterial i un increment compensador de la freqüència i despesa cardíaca.

Alt consum d'alcohol

Augmenta la pressió arterial (de forma dosis depenent) podent generar hipertensió arterial, accidents cerebrovasculars (en consum superior a 60 g/dia es multiplica per dos el risc de patir-ne, tot i que en persones grans amb el genotip apoE4-positiu existeix un elevat risc de sofrir-ne fins i tot en consums moderats) i miocardiopaties (inclosa la síndrome coneguda com: "*cor del cap de setmana*" la qual es manifesta amb arítmies i taquicàrdia constituint la forma preclínica de la miocardiopatia alcohòlica, Estruch i Sacanella, 2005). Alguns autors afirmen que l'increment de la pressió arterial pot estendre's al consum de quantitats moderades d'alcohol (Chen, Davey Smith, Harbord i Lewis, 2008). El motiu per a sostenir aquesta idea es basa en el descobriment d'una mutació genètica, comú entre la població asiàtica, que dificulta el consum d'alcohol i provoca símptomes desagradables després del seu consum. Les persones amb aquesta mutació tenen una pressió arterial menor que aquells que beuen grans quantitats d'alcohol o que en prenen de forma regular.

Per altra banda, el consum elevat d'alcohol pot propiciar l'aparició d'alteracions en el ritme cardíac causant fibril·lacions ventriculars i mort sobtada (Estruch i Urbano-Márquez, 1990; Estruch i Sacanella, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a).

En un altre sentit, el consum d'alcohol, ja sigui a dosis altes o baixes, multiplica per 2-4 el risc de patir un accident hemorràgic (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a).

El consum de qualsevol quantitat d'alcohol 12 hores abans de patir un infart de miocardi incrementa el risc de patir-ne, fins i tot un consum moderat (≤ 24 grams en dones i ≤ 36 grams en homes) dobla el risc. Aquest fet succeeix sense la influència de variables com: l'edat, el gènere, l'estatus de consum de tabac o cocaïna, la història familiar d'infarts de miocardi, la hipertensió, la hiperlipidèmia, la diabetis, etc. En altres paraules, les persones que havien patit un infart de miocardi havien realitzat episodis de consum massiu d'alcohol amb major freqüència que la població general (21% respecte 11% en una freqüència inferior a mensual; i de 7% vers 3% en una freqüència mensual o major) (Gerlich et al., 2009).

2.2.1.5. Efectes sobre el sistema hematopoètic

L'alcohol pot disminuir l'agregació plaquetària, produir anèmia sideroblàstica i megaloblàstica, així com una alteració tant quantitativa com qualitativa del funcionament granulocitari (Estruch, 1990). Així doncs, és susceptible de causar afectació a nivell eritrocitari, leucocitari i plaquetari (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a).

Eritròcits (glòbuls vermells)

Macroцитosis

Es produeix un augment del volum corpuscular mitjà dels eritròcits (95 i 105 fl/cèl·lula), sense deure's a un dèficit d'àcid fòlic o vitamina B₁₂.

Anèmia megaloblàstica

Consisteix en una insuficiència de vitamina B₁₂ o d'àcid fòlic que pot anar unit a anorèxia (pèrdua de la gana), estrenyiment, diarrea, dolor abdominal, glossitis i afectació neurològica.

Leucòcits (glòbuls blancs)

S'altera el funcionament dels granulòcits, macròfags i limfòcits, bàsicament en la seva migració i activació provocant infeccions.

Plaquetes

Es modifica el nombre i la funcionalitat de les plaquetes. En els casos en que la funció hepàtica està greument danyada es produeix esplenomegàlia (augment de la mida de la melsa) que pren i destrueix eritròcits, leucòcits i plaquetes.

2.2.1.6. Efectes sobre el sistema immunitari

El consum d'alcohol, no únicament l'abús d'alcohol, sinó també el consum moderat, incrementa els nivells sèrics d'immunoglobulina E (IgE) i actua com un promotor de la sensibilització mediada per IgE i per tant de l'al·lèrgia. Les dades que avalen aquesta idea es basen amb la constatació de que la incidència de sensibilització a al·lèrgens és major en persones que consumeixen alcohol en comparació amb els abstemis. Per altra banda, en les persones al·lèrgiques els nivells sèrics de IgE específica a alguns al·lèrgens són més grans entre els que consumeixen alcohol que entre els que no ho fan i la sensibilització a al·lèrgens és diferent entre els que beuen alcohol vers els abstemis

Per altra banda, el consum d'alcohol mostra connexió amb reaccions d'hipersensibilitat com: síndrome de rubor, reaccions anafilàctiques (urticària, angioedema i *shock*), agreujament de l'asma, facilitació de l'al·lèrgia a aliments en persones susceptibles. Aquestes reaccions d'hipersensibilitat, principalment reaccions en les vies respiratòries i la pell, són atribuïbles a l'efecte alliberador d'histamina de l'acetaldehid en el procés de metabolització de l'alcohol (González-Quintela, Vidal i Gude, 2004).

2.2.1.7. Efectes sobre l'aparell urogenital i el sistema endocrí

El consum d'etanol produeix un efecte diürètic degut a la inhibició de la secreció de l'hormona antidiürètica. A dosis baixes-moderades l'alcohol incrementa la libido en el cas de l'home, tot i que a mesura que augmenta la concentració d'alcohol en sang va disminuint la potència sexual. El consum continuat d'alcohol és responsable de l'aparició de la síndrome pseudo Cushing que

es caracteritza per atròfia muscular, estries abdominals, cara de lluna plena i debilitat, com a símptomes principals.

El consum crònic d'alcohol en l'home és causa d'alteracions com: baixa tumescència del penis en l'erecció, retard de l'ejaculació, augment de la latència després del coit i disminució de la secreció de testosterona. A més, pot produir disfunció sexual (hipoandrogenització: disminució de la libido), impotència, infertilitat, hiperprolactinèmia, hipogonadisme, deteriorament de l'espermatozòid, atròfia testicular, feminització per augment dels estrògens plasmàtics acompanyat d'eritemes en el palmell de la mà i ginecomàstia (augment de la mida de les mames).

El consum perllongat d'alcohol en la dona es relaciona amb: disminució del flux sanguini vaginal, decrement de la latència i intensitat orgàsmica, alteració de l'excitació, dispareunia, vaginisme, amenorrea, augment del risc d'avortament espontani i esterilitat. També l'etanol és responsable de l'aparició de cicles menstruals irregulars, absència d'ovulació i aparició de menopausa precoç (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; Pereiro i Serrano, 2006; Sánchez, 2009).

Per altra banda, els autors Ávila, Pérez, Olazábal i López (2004) en un estudi entre 183 pacients de la Unitat d'Alcoholisme de Salamanca (150 homes i 33 dones) van detectar com a únic trastorn significatiu el trastorn del desig sexual hipoactiu, observat en el 35% dels casos quan en població general oscil·la entre el 20 i el 25%, de forma més acusada entre les dones. Elles també presentaven menor freqüència per experimentar orgasmes i nivell d'excitació més baix.

2.2.1.8. Efectes sobre la temperatura corporal

En general, tot i una primera sensació d'escalfor, la ingesta d'alcohol genera una disminució de la temperatura corporal interna. A dosis elevades es produeix una depressió del mecanisme regulador de la temperatura corporal, fet que pot produir un descens encara més acusat i provocar implicacions més greus si la temperatura ambiental és baixa (Santo-Domingo, 2002).

2.2.1.9. Efectes sobre el sistema osteomuscular

És habitual detectar osteoporosis en bevedors crònics, així com també acostumen a presentar alteracions articulars. Per altra banda, la ingesta de grans quantitats d'alcohol en poca estona, patró més habitual entre població juvenil, pot generar una *rabdomiòlisi* o destrucció muscular amb risc de dany renal. Al mateix temps es detecten alteracions musculoesquelètiques que produeixen un major nombre de fractures (OMS, 2008).

2.2.1.10. Efectes sobre el sistema metabòlic

S'observa una alteració de les proteïnes, lípids i vitamines secundàries a la ingesta crònica de l'alcohol. Addicionalment, poden aparèixer els següents trastorns (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a):

Cetoacidosis alcohòlica

Durant el procés d'abstinència alcohòlica (més de 24 hores) i en cas de falta d'alimentació durant aquest estadi es produeix un increment de la insulina i una alliberació d'àcids grassos lliures. Aquest estat es manifesta amb nàusees, vòmits i dolor abdominal. A diferència de la *cetoacidosis diabètica*, les concentracions de glucosa en sang són inferiors a 150 mg/dl.

Hipoglucèmia alcohòlica

Provoca un estadi d'estupor i deteriorament de la consciència. La seva causa radica en el bloqueig de la via normal de glucogènesi en l'oxidació de l'alcohol al fetge, fet que disminueix la producció de glucosa.

2.2.1.11. Infeccions

És freqüent la presència d'infeccions en persones habituades al consum d'alcohol amb causa multifactorial (alteracions nutricionals, hepatopatia, alteració de la consciència, etc.). Les infeccions més usuals són: pneumònia, tuberculosi, hepatitis virals (B o C), meningitis, infeccions cutànies i peritonitis d'origen bacterià. Cal no obviar la freqüència amb que apareixen

infeccions de transmissió sexual, com el virus de la immunodeficiència humana (VIH) degut a la pràctica de relacions sexuals sense protecció (Steenbeek, Tyndall, Rothenberg i Sheps, 2006).

2.2.1.12. Càncer

L'alcohol, en sí, no és una substància cancerígena tot i que s'evidencia una relació entre el consum d'alcohol i l'aparició de càncer, fonamentalment, orofaríngic i esofàgic (Abdel-Kader et al., 2004). El mecanisme d'actuació inclou la generació d'acetaldehid, l'activació de radicals d'oxigen lliures, la inducció de citocrom P4502E1 (CYP2E1), a banda de factors nutricionals. També el consum d'alcohol es manifesta com un element de risc per a patir càncer del tracte respiratori superior (Abdel-Kader et al., 2004), carcinoma cutani de cèl·lules basals i càncer de mama (Comino i Prieto, 2002). L'explicació d'aquest últim està subjecte a múltiples teories entre les que predominen: l'augment dels valors d'estrògens a causa d'una alteració del metabolisme hormonal del fetge i la depressió immunològica i el dany a l'ADN causat per l'acetaldehid i/o els radicals lliures produïts en el procés metabòlic de l'etanol. A més s'ha detectat la presència d'agents carcinògens en les diferents begudes alcohòliques, tals com: nitrosamines, hidrocarburs policíclics, asbests, aflatoxines, olis fosos; a banda de l'efecte cocarcinogen que pot adoptar l'alcohol a l'actuar amb d'altres carcinògens de l'organisme.

2.2.1.13. Efectes teratògens

Tot i que moltes dones abandonen el consum d'alcohol durant l'embaràs, hi ha un nombre considerable d'embarassades que continuen bevent (des del 25% a Espanya al 35%-50% en els Països Baixos i fins i tot es registren taxes superiors al Regne Unit) (European Commission, 2006b).

El consum d'alcohol durant l'embaràs augmenta el risc de tenir un part molt prematur (de menys de 32 setmanes de gestació). Va en consonància amb aquesta idea un estudi realitzat pels autors Albertsen, Andersen, Olsen i Gronbaek (2004) en el qual hi van participar 40,892 dones embarassades. D'elles, 1,880 van tenir un part prematur. El risc relatiu de naixement prematur entre les dones que consumien de quatre a menys de set begudes i set o més begudes a la setmana va ser de 1.15 (IC 95%: 0.84-1.57) i 1.77 (IC 95%: 0.94-3.31) respectivament. No es va

detectar risc amb ingestes inferiors a les esmentades. Ara bé, les dones que prenen set o més begudes alcohòliques a la setmana van mostrar un risc relatiu de 3.26 (IC 95%: 0.80-13.24) en comparació amb les abstèmies. Altrament, no es van apreciar diferències en funció del tipus de beguda consumida. D'altres estudis situen el risc de prematuritat en els parts en tres o més begudes per dia (Parazzini et al., 2003). A banda de la l'avançament del part, l'alcohol també és el responsable del 5% de totes les anomalies congènites. La ingesta d'alcohol durant l'embaràs pot afectar al fetus produint: retard mental, pes inferior al néixer, un alentiment del creixement, alteracions facials, malformacions, hiperactivitat, així com problemes de llenguatge, d'adaptació i de coordinació. Al mateix temps l'alcohol és susceptible de causar avortaments, alteracions en la placenta i sagnat vaginal en les dones embarassades (Sánchez, 2009).

Síndrome alcohòlica fetal (SAF)

El consum d'alcohol en l'home interfereix en l'espermatogènesi i pot tenir com a conseqüència la deficiència mental en el nadó. A més, quan la dona gestant consumeix alcohol aquesta substància travessa ràpidament la barrera placentària i arriba al fetus. La ràtio de casos coneguts de SAF a nivell estatal es troba en: 1 a 3 per cada 1,000 naixements vius, és a dir, de 1,000-1,500 casos l'any. Encara no s'ha establert a partir de quines dosis de consum d'alcohol existeix major risc d'aparició d'aquesta síndrome i com a mesura preventiva es recomana a les dones embarassades abstinència completa del consum d'aquesta substància (Cruz et al., 2006; Rubio i Santo-Domingo, 2001). Les principals afectacions que caracteritzen aquesta síndrome són: malformacions físiques craneoencefàliques (microcefàlia, blefarofimosis, nas curt i amb orificis invertits, hipoplàsia de la zona mitja de la cara i llavi superior fi), ptosis palpebral, cardiopatia congènita, angiomes i anomalies genito-urinàries. Aquestes malformacions es produeixen en el període embrionari (8 setmanes o menys de gestació). A més, la SAF inclou alteracions del SNC, produïdes en el segon i tercer trimestre de l'embaràs, i que poden tenir conseqüències tals com: dèficit cognitiu, alteracions comportamentals, retard mental, mancances de memòria i aprenentatge, dèficit en les funcions executives, hiperactivitat i dèficit d'atenció i incoordinació motora (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). Conseqüentment l'infant amb SAF sol patir fracàs escolar i dificultats en les relacions interpersonals (Cruz et al., 2006).

Anomalies pel Neurodesenvolupament Relacionat amb Alcohol (ARND)

A banda de la SAF, existeix un trastorn similar però de caràcter menor que comparteix amb l'anterior els dèficits del SNC, que afecten tant a aspectes emocionals com de conducta, tot i que no es particularitza per les afectacions físiques. Aquest trastorn presenta major incidència en la població: de 3 a 5 casos per cada 1,000 naixements vius (Cruz et al., 2006).

A continuació es presenta a mode de resum, el risc relatiu de patir diverses de les malalties esmentades amb anterioritat (taula 2.2.1.13.1.).

Taula 2.2.1.13.1.: Risc relatiu de patir diverses malalties en funció dels grams d'alcohol consumits per dia i el gènere.

	DONES			HOMES		
	Grams/dia consumits			Grams/dia consumits		
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Malalties neuropsiquiàtriques						
Epilèpsia	1.3	7.2	7.5	1.2	7.5	6.8
Malalties gastrointestinals						
Cirrosi hepàtica	1.3	9.5	13	1.3	9.1	13
Variós gastroesofàgiques	1.3	9.5	9.5	1.3	9.5	9.5
Pancreatitis aguda crònica	1.3	1.8	1.8	1.3	1.8	3.2
Malalties metabòliques endocrinològiques						
Diabetis mellitus	0.9	0.9	1.1	1	0.6	0.7
Neoplasmes malignes						
Càncer de boca i faringe	1.5	2	5.4	1.5	1.9	5.4
Càncer d'esòfag	1.8	2.4	4.4	1.8	2.4	4.4
Càncer de fetge	1.5	3	3.6	1.5	3	3.6
Càncer de mama	1.1	1.4	1.6			
Altres neoplasmes	1.1	1.3	1.7	1.1	1.3	1.7
Malalties cardiovasculars						
Hipertensió arterial	1.4	2	2	1.4	2	4.1
Malaltia coronària	0.8	0.8	1.1	0.8	0.8	1
Accident Vascular Cerebral (AVC) isquèmic	0.5	0.6	1.1	0.9	1.3	1.7
Accident Vascular Cerebral (AVC) hemorràgic	0.6	0.7	8	1.3	2.2	2.4
Arítmia cardíaca	1.5	2.2	2.2	1.5	2.2	2.2
Alteracions perinatales¹¹						
Avortament espontani	1.2	1.8	1.8	1	1.4	1.4
Baix pes al néixer	1	1.4	1.4	0.9	1.4	1.4
Part prematur	0.9	1.4	1.4	1	1.7	1.7
Retard del creixement intrauterí	1	1.7	1.7			

Font: OMS (2008).

¹¹ El risc relatiu es refereix al consum per part de la mare.

2.2.2. CONSEQÜÈNCIES PSICOLÒGIQUES

L'alcohol, una vegada absorbit, té un gran poder de distribució biològica, assolint òrgans com el cervell de forma ràpida. En conseqüència, existeixen múltiples afectacions psicològiques causades pel consum d'alcohol les quals es converteixen en les principals problemàtiques descobertes entre els consumidors d'alcohol i de cocaïna (Hedden, Malcolm i Latimer, 2009). Les afectacions psíquiques més comuns són, segons els autors Casas i López (1996): la intoxicació alcohòlica aguda, la síndrome d'abstinència, la demència, els trastorns depressius o el suïcidi. Santo-Domigo (2002) afirma que és freqüent, en l'abús d'alcohol, detectar comorbiditat amb trastorns depressius (depressió major i distímia), trastorns d'ansietat (de forma més freqüent entre les dones, especialment per fòbia social i crisis d'ansietat), trastorns alimentaris (bulímia, amb més probabilitat novament entre elles), trastorns de conducta (més entre els nois), i de personalitat, trastorn per déficit d'atenció amb hiperactivitat i trastorns psicòtics. A una esfera més clínica, els autors Pérez, De Vicente, García, Romero i Oliveras (2008) van detectar que entre el 58.9% i el 81.3% dels 518 subjectes depenents de l'alcohol analitzats (desintoxicats i en tractament) patien algun trastorn psicopatològic, de forma més notable entre les dones. Concretament elles van obtenir puntuacions més elevades en les dimensions de psicoticisme, obsessió-compulsió, ideació paranoide i sensibilitat interpersonal, tot i que també en la intensitat mitjana dels símptomes del Symptom Check List 90 Revised (SCL 90-R). Per altra banda, Casas i Guardia (2002) observaren una alta comorbiditat entre l'alcoholisme i trastorns mentals severos que ascendia al 50% dels pacients amb esquizofrènia o trastorn bipolar, essent aquesta taxa més elevada entre les joves amb antecedents de violència i entre els pacients atesos al servei d'urgències.

A continuació, s'exposen els diferents trastorns psicològics que tenen com a denominador comú l'alcohol com a agent implicat en la seva gènesi. Tots ells es troben classificats en els manuals de diagnòstic de trastorns psicològics i psiquiàtrics. Cal fer esment que dins l'àmbit de la psicologia existeixen dues classificacions vigents, l'una la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) elaborada per l'OMS (2003) i l'altra, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) creada per l'*American Psychiatric Association* (APA, 2002).

Existeixen diferències a l'hora de catalogar les afectacions produïdes pel consum de substàncies atès que la CIE-10 (OMS, 2003) desglossa els trastorns en dues categories:

- 1- Trastorns mentals i del comportament deguts al consum de substàncies psicòtropes.
Inclou: trastorns mentals i del comportament degut al consum d'alcohol, d'opioïdes, de cannabinoides, de sedants o hipnòtics, de cocaïna, d'estimulants (incloent la cafeïna), d'al·lucinògens, de tabac i de dissolvents volàtils.

- 2- Trastorns mentals i del comportament deguts al consum de múltiples drogues o de substàncies psicòtropes. Inclou: Intoxicació aguda, consum perjudicial, síndrome de dependència, síndrome d'abstinència, síndrome d'abstinència amb delirium, trastorn psicòtic, síndrome amnèsica induïda per alcohol o drogues, trastorn psicòtic residual i trastorn psicòtic d'inici tardà induït per alcohol o d'altres substàncies psicòtropes, altres trastorns mentals o del comportament induïts per alcohol o d'altres substàncies psicòtropes i trastorn mental o del comportament induït per alcohol o d'altres substàncies psicòtropes sense especificació.

El DSM-IV-TR (APA, 2002), per la seva banda, també divideix els trastorns en dues categories: l'una la conformen aquells trastorns per consum de l'alcohol (abús i dependència) i l'altra inclou aquells trastorns induïts pel consum de l'alcohol (intoxicació, síndrome d'abstinència, delirium, demència, trastorns amnèsics, trastorns psicòtics, trastorns de l'estat d'ànim, trastorns d'ansietat, disfuncions sexuals, trastorns del son i trastorns no especificats).

Dades del *National Longitudinal Alcohol Epidemiological Study* i el *College Alcohol Study* indiquen que, en general, entre un 14.6% i un 44.2% dels estudiants universitaris compleixen criteris diagnòstics per a algun trastorn relacionat amb el consum d'alcohol recollit en el DSM-IV (Thornton, 2009). Per altra banda, tot i que no hi ha evidències d'una relació causal entre consum d'alcohol i els trastorns de personalitat, alguns estudis en detecten una estreta relació. N'és exemple una investigació realitzada amb 240 estudiants universitaris gallecs els quals van respondre el test AUDIT per a avaluar la magnitud de consum (veure punt 2.1.2.2.), així com l'escala de l'*International Personality Disorder Examination* (IPDE) per a explorar els trets de personalitat. El percentatge de bevedors de risc va ser superior entre els estudiants que presentaven un diagnòstic de sospita per cada trastorn de personalitat (paranoide, esquizoide dissociat, impulsiu, límit, histriònic, anancàstic, ansiós i dependent). Concretament, el nombre de joves amb consums màxims d'alcohol, catalogat com a consum de risc i probable dependència, va ser significativament major entre aquells que puntuaven com a sospita de trastorn de

personalitat: paranoide, dissocial, impulsiu, i histriònic. En homes i dones, la major associació entre bevedors de risc o bé amb probable dependència es va establir amb la personalitat dissocial i límit, tot i que en les dones, a major consum d'alcohol es van detectar puntuacions majors en els trets de personalitat: paranoide, dissocial i histriònic (Prado et al., 2007).

Quant a l'ús dels manuals de classificació diagnòstica esmentats, un estudi realitzat únicament amb dones, concretament 414 (164 pacients ateses en un Centre d'Atenció Primària i 250 pertanyents a un Centre de Drogodependències) d'edats compreses entre els 18 i els 75 anys va mostrar lleugeres diferències de classificació en els diagnòstics d'abús o dependència a l'alcohol. Així, mentre que un 11.4% de la mostra complia criteris de dependència o abús a l'alcohol seguint la classificació del DSM-IV (el 16.4% pertanyia al centre de drogodependències i el 3.7% a la població control), un 11.6% ho feia adoptant els criteris de la CIE-10. Val a dir que les diferències aportades es reflectien en el diagnòstic d'abús d'alcohol (0.5% segons DSM-IV i 0.7% en CIE-10) i que no es van detectar diferències per raons d'edat (Pérula et al., 2005).

A partir d'aquest punt, i per tal d'evitar ser redundants, es mostraran els criteris diagnòstics dels diferents trastorns psicològics tenint en compte la classificació del DSM-IV-TR (APA, 2002).

2.2.2.1. Trastorns per consum d'alcohol: abús i dependència

L'OMS (2004) determina que 76.3 milions de persones tenen diagnosticats arreu del món trastorns per abús d'alcohol. A Espanya trobem 4 milions de persones amb trastorns per consum d'alcohol i 12 milions d'afectats directament o indirecta per alcoholisme o dependència a l'alcohol (Ortiz et al., 2003). Així mateix, es coneix que un 8.6% dels espanyols d'entre 15-64 anys manté un consum d'alcohol abusiu o problemàtic (12.4% homes i 4.7% dones) (Nieva et al., 2004).

Les dones, en general presenten menors taxes de dependència i abús a l'alcohol respecte als homes, tot i que existeix una tendència a igualar els consums i alguns estudis afirmen que elles tenen una major probabilitat d'addicció en un període més curt de temps que ells (Govern de les Illes Balears, 2007). Pérula et al. (2005) en un estudi citat anteriorment, entre 414 dones d'un Centre d'Atenció Primària (CAP) i d'un Centre d'Atenció a les Drogodependències (CAD) van descobrir que complien criteris per ser diagnosticades d'abús o dependència: un 11.4% d'elles (IC 95%: 8.98-13.81) essent un 16.4% del CAD i un 3.7% del CAP seguint els criteris del DSM-

IV. En cas de seguir els ítems proposats per la CIE-10 el percentatge ascendia lleugerament fins un 11.6% (IC 95%: 8.62-14.58). En cap cas es van detectar diferències per qüestió d'edat.

Per altra banda, la NIAAA declara que la majoria de les persones que sofreixen un trastorn declarat d'alcoholisme van esdevenir-ne dependents abans dels 21 anys (Thornton, 2009). Paral·lelament, Iruarrizaga et al. (2001) trobaren els 22.95 anys com l'edat mitjana d'aparició del consum problemàtic, essent el rang entre els 11 fins els 44 anys. En la mateixa línia, Hingson et al. (2006) en un estudi amb una mostra de persones amb llarga història de dependència a l'alcohol, informen que en el 67% dels casos els criteris de dependència a l'alcohol es complien abans dels 25 anys. Per la seva banda, els autors Casas i Guardia (2002) aporten una cronologia evolutiva de l'alcoholisme que respondria a les següents edats:

- 13-15 anys: inici del consum d'alcohol.
- 15-17 anys: primera intoxicació alcohòlica aguda.
- 16-22 anys: primer problema relacionat amb l'alcohol.
- 25-40 anys: inici de la dependència de l'alcohol, marcada per greus dificultats com:
 - o Ruptura d'una relació significativa.
 - o Detenció per conduir ebri.
 - o Evidència d'abstinència de l'alcohol.
 - o Advertència per un metge que l'alcohol perjudica la salut.
 - o Interferència significativa en el funcionament laboral o acadèmic.

El quadre 2.2.1.1.1. mostra els criteris diagnòstics del Trastorn per abús d'alcohol segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.1.1.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn per abús d'alcohol segons el manual DSM-IV-TR.

A. Un patró desadaptatiu de consum de substàncies que comporta un deteriorament o malestar clínicament significatiu, expressat per un (o més) dels ítems següents durant un període de 12 mesos:

1. consum recurrent de substàncies, que dona lloc a l'incompliment d'obligacions a la feina, l'escola o a casa (p. ex., absències repetides o rendiment pobre relacionats amb el consum de substàncies; absències, suspensions o expulsions de l'escola vinculades amb la substància; oblit dels nens o de les obligacions de casa).

2. consum recurrent de la substància en situacions en les quals fer-ho és físicament perillós (p. ex., conduir un automòbil o accionar una màquina sota els efectes de la substància) .

3. problemes legals repetits relacionats amb la substància (p. ex., arrests per comportament escandalós a causa de la substància).

4. consum continuat de la substància, tot i tenir problemes socials continuats o recurrents o problemes interpersonals causats o exacerbats pels efectes de la substància (p. ex., discussions amb l'espòs/a sobre les conseqüències de la intoxicació, o violència física).

B. Els símptomes no han complert mai els criteris per a la dependència de substàncies d'aquesta classe de substància.

Font: APA (2002).

El quadre 2.2.1.1.2. conté els criteris diagnòstics del Trastorn per dependència de substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.1.1.2.: Criteris diagnòstics del Trastorn per dependència de substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

Aquest trastorn consisteix en un patró desadaptatiu de consum de la substància que comporta un deteriorament o malestar clínicament significatiu, expressat per tres (o més) dels ítems següents en algun moment d'un període continuat de 12 mesos:

1. **Tolerància**, definida per qualsevol dels següents ítems:

(a) una necessitat de quantitats marcadament creixents de la substància per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat.

(b) l'efecte de les mateixes quantitats de substància disminueix clarament amb el seu consum continuat.

2. **Abstinència**, definida per qualsevol dels següents ítems:

(a) síndrome d'abstinència característic per a la substància (veure criteris A i B del punt 2.2.2.2.2)

(b) es pren la mateixa substància (o una molt semblant) per a alleujar o evitar els símptomes d'abstinència

3. la substància és presa amb freqüència en quantitats majors o durant un període més llarg del que inicialment es pretenia.

4. existeix un desig persistent o esforços infructuosos de controlar o interrompre el consum de la substància.

5. s'empra molt de temps en activitats relacionades amb l'obtenció de la substància (p. ex., visitar a diversos metges o desplaçar-se llargues distàncies), en el consum de la substància (p. ex., fumar una cigarreta després d'altre) o en la recuperació dels efectes de la substància.

6. reducció d'importantes activitats socials, laborals o recreatives a causa del consum de la substància.

7. es continua prenent la substància tot i tenir consciència de problemes psicològics o físics recidivants o persistents, que semblen causats o exacerbats pel consum de la substància (p. ex., consum de cocaïna malgrat saber que provoca depressió, o continuada ingesta d'alcohol tot i que empitjora una úlcera).

Font: APA (2002).

2.2.2.2. Trastorns induïts pel consum d'alcohol

2.2.2.2.1. Intoxicació etílica

La intoxicació etílica acostuma a cursar amb una excitació brusca acompanyada d'un comportament irracional o violent, fins i tot amb la ingestió de dosis baixes d'alcohol. La seva

durada varia d'uns minuts a hores i li segueix un episodi de son resultant-ne, en alguns casos, un estadi d'amnèsia parcial o total de la fase. La intoxicació etílica pot anar acompanyada d'idees delirants, al·lucinacions o actuacions violentes i es produeixen reaccions de dissociació psicològica o excitació. En casos greus es pot ocasionar l'aspiració del contingut gàstric, conduint a una insuficiència respiratòria greu, crisis convulsives, hipotèrmia (descens de la temperatura per sota dels 35°C), arítmies, hipoglucèmia, gastritis aguda, síndrome de Mallory-Weiss, rabdomiòlisis i hiponatrèmia (disminució dels nivells del io de sodi en sang, típica en el consum de cervesa).

Un estudi realitzat a la secció d'urgències de l'Hospital Universitari 12 d'Octubre de Madrid durant l'any 2004 revela que un 1.8% de les urgències mèdiques generals corresponen a intoxicacions agudes, i d'aquestes un 25% són intoxicacions etíliques. Descartant les intoxicacions produïdes per fàrmacs, l'alcohol és responsable del 80% de les intoxicacions agudes restants, mentre que un 20% serien causades per altres drogues (Caballero et al., 2008). El quadre 2.2.2.1.1. mostra els criteris diagnòstics de la Intoxicació per alcohol segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.1.1.: Criteris diagnòstics de la Intoxicació per alcohol segons el manual DSM-IV-TR.

A. Ingestió recent d'alcohol.

B. Canvis psicològics comportamentals desadaptatius clínicament significatius (sexualitat inadequada, comportament agressiu, labilitat emocional, deteriorament de la capacitat de judici i deteriorament de l'activitat laboral o social) que es presenten durant la intoxicació o pocs minuts després de la ingesta d'alcohol.

C. Un o més dels següents símptomes que apareixen durant o poc temps després del consum d'alcohol:

1. llenguatge balbucejant.
2. incoordinació
3. marxa inestable
4. nistagme
5. deteriorament de l'atenció o de la memòria
6. estupor o coma

D. Els símptomes no es deuen a malaltia mèdica ni s'expliquen millor per la presència d'altre trastorn mental.

Font: APA (2002).

2.2.2.2.2. Síndrome d'abstinència

Aquesta síndrome té més incidència en la població adulta, concentrant-se habitualment entre la quarta i cinquena dècada. És sis vegades més freqüent entre els homes i suposa aproximadament el 4.4% dels ingressos als serveis de medicina interna (Puerta, Otero i Lorenzo, 2006). Les manifestacions més habituals d'aquesta dolença acostumen a cursar amb (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a):

- Tremolor. Aquesta és irregular, en increment davant l'activitat motora o la tensió emocional, fins arribar a casos greus en que la persona presenta incapacitat per a mantenir-se dret, parlar o menjar sense ajuda. Sovint l'acompanyen episodis d'insomni, sobresalt, agitació, ruborització facial i conjuntival, sudoració, anorèxia, nàusees, debilitat, taquipnea (augment de la freqüència respiratòria), taquicàrdia i hipertensió.
- Alteracions de la percepció. Apareixen en un 25% de les persones que pateixen una addicció a l'alcohol i es refereixen a malsons, il·lusions i al·lucinacions que tenen una durada d'uns minuts. Aquestes, acostumen a ser majoritàriament visuals, tot i que en algunes ocasions n'apareixen d'auditives amb contingut amenaçador acompanyades de deliris paranoïdes que fan necessari l'ingrés psiquiàtric.
- Crisis convulsives. S'incrementa l'activitat beta, comportant un estat d'hiperexcitabilitat. Acostumen a aparèixer després d'un període d'abstinència, generalment en 48 hores amb posterioritat a la darrera intoxicació etílica (a partir d'una ingesta de 50 grams d'etanol).

El quadre 2.2.2.2.1. mostra els criteris diagnòstics de l'Abstinència d'alcohol segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.2.1.: Criteris diagnòstics de l'Abstinència d'alcohol segons el manual DSM-IV-TR.

A. Interrupció (o disminució) del consum d'alcohol després del seu consum perllongat i en grans quantitats.

B. Dos o més dels següents símptomes desenvolupats hores o dies després de complir-se el Criteri A:

1. hiperactivitat autonòmica (p. ex., sudoració o més de 100 pulsacions)
2. tremolor distal de les mans
3. insomni
4. nàusees o vòmits
5. al·lucinacions visuals, tàctils o auditives transitòries, o il·lusions
6. agitació psicomotora
7. ansietat
8. crisis comicials de gran mal (crisis epilèptiques)

C. Els símptomes del Criteri B provoquen un malestar clínicament significatiu o un deteriorament de l'activitat social laboral, o d'altres àrees importants de l'activitat del subjecte.

D. Els símptomes no es deuen a malaltia mèdica ni s'expliquen millor per la presència d'altre trastorn mental.

Font: APA (2002).

2.2.2.2.3. Delirium

El *delirium tremens* degut a abstinència de substàncies acostuma a presentar-se en un petit percentatge d'alcohòlics, aproximadament en un 5% de les persones que pateixen un trastorn per dependència alcohòlica i decideixen abandonar el consum sense cap tractament substitutiu (Santolaria i González-Reimers, 2006). Sol presentar-se de forma brusca a partir de les 48-72 hores després de la darrera consumició alcohòlica, seguint a les crisis convulsives del període d'abstinència. Té una durada que oscil·la entre diverses hores i alguns dies. Durant aquesta síndrome els afectats poden alternar entre períodes de confusió i de lucidesa, sovint en estat d'agitació, amb alteració de la capacitat d'atenció, presentant tremolors, febre, midriasis (dilatació de la pupila), taquicàrdia i sudoració. L'episodi acostuma a tenir fi de forma sobtada deixant el pacient en una situació de son, del qual en desperta lúcid, tranquil i esgotat amb absència de record de l'episodi viscut. La taxa de mortalitat per aquesta dolença se situa al 15% tot i estar condicionada a complicacions d'altres malalties concomitants com la pneumònia o la cirrosi.

El quadre 2.2.2.3.1. mostra els criteris diagnòstics del Delirium per abstinència de substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.3.1.: Criteris diagnòstics del Delirium per abstinència de substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

A. Alteració de la consciència (p. ex., disminució de la capacitat de parar atenció a l'entorn) amb reducció de la capacitat per a centrar, mantenir o dirigir l'atenció.

B. Canvi en les funcions cognoscitives (com deteriorament de la memòria, desorientació, alteració del llenguatge) o presència d'una alteració perceptiva que no s'explica per una demència prèvia o en desenvolupament.

C. L'alteració es presenta en un curt període de temps (habitualment en hores o dies) i tendeix a fluctuar al llarg del dia.

D. Demostració, a través de la història, de l'exploració física i de les proves laboratori, que els símptomes dels Criteris A i B es presenten durant poc després d'una síndrome d'abstinència.

Nota: Aquest diagnòstic ha de fer-se en lloc del diagnòstic d'abstinència de substàncies només quan els símptomes cognoscitius excedeixin dels propis de la síndrome d'abstinència i quan els símptomes tinguin la suficient gravetat com per a merèixer una atenció clínica independent.

Font: APA (2002).

2.2.2.4. Trastorn amnèsic

La síndrome amnèsica porta per nom també *síndrome de Korsakoff* segons la classificació CIE-10 (OMS, 2003). El trastorn amnèsic acostuma a cursar amb l'anomenada *encefalopatia de Wernicke* (alteracions oculomotores, apatia, incapacitat de concentració i estat confusional) que representa la fase aguda del trastorn, mentre que la *síndrome de Korsakoff* consisteix en la fase crònica de la malaltia i esdevé en un 3% de les persones diagnosticades d'alcoholisme, amb llarga trajectòria de consum (Chirivella et al., 1996). El quadre 2.2.2.4.1. mostra els criteris diagnòstics del Trastorn amnèsic segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.4.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn amnèsic segons el manual DSM-IV-TR.

A. El deteriorament de la memòria es manifesta per un dèficit de la capacitat per a aprendre informació nova, o incapacitat per a recordar informació apresada prèviament.

B. L'alteració de la memòria provoca un deteriorament significatiu de l'activitat laboral o social i representa un descens important del nivell previ d'activitat.

C. L'alteració de la memòria no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium o d'una demència, i es manté més enllà de la durada habitual de la intoxicació o abstinència de substàncies.

D. Demostració, a través de la història, de l'exploració física o de les proves de laboratori, que l'alteració de la memòria està relacionada etiològicament amb els efectes persistents de la substància (p. ex., una droga d'abús, un medicament).

Font: APA (2002).

2.2.2.5. Demència alcohòlica

Un estudi realitzat pels autors Martínez, Pérez, Carballo i Varona (2005) entre 116 persones de més de 65 anys afectades de demència, posiciona la demència alcohòlica en quart lloc de freqüència (1.7%) per darrere de la demència de tipus Alzheimer (69.8%), la vascular (21.6%) i la demència amb Parkinson (6%). En últim lloc apareix la demència posttraumàtica (0,9%). El quadre 2.2.2.5.1. mostra els criteris diagnòstics de la Demència alcohòlica segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.5.1.: Criteris diagnòstics de la Demència alcohòlica segons el manual DSM-IV-TR.

A. La presència dels múltiples dèficits cognoscitius es manifesta per:

1. deteriorament de la memòria (minvament de la capacitat per a aprendre nova informació o recordar informació apresada prèviament).

2. una (o més) de les següents alteracions cognoscitives:

(a) afàsia (alteració del llenguatge)

(b) apràxia (deteriorament de la capacitat per a portar a terme activitats motores, tot i que la funció motora està intacta)

(c) agnòsia (fallada en el reconeixement o identificació d'objectes, tot i que la funció sensorial està intacta)

(d) alteració de l'activitat d'execució (p. ex., planificació, organització, seqüenciació i abstracció)

B. Els dèficits cognoscitius en cadascun dels Criteris A1 i A2 provoquen un deteriorament significatiu de l'activitat laboral o social i representen un descens important del nivell previ d'activitat.

C. Els dèficits no apareixen exclusivament en el transcurs d'un delirium i persisteixen més enllà de la durada habitual de la intoxicació o abstinència de substàncies.

D. Demostració a través de la història, de l'exploració física o de les troballes de laboratori que els dèficits estan etiològicament relacionats amb els efectes persistents del consum de substàncies (p. ex., una droga d'abús, un medicament).

Font: APA (2002).

2.2.2.6. Trastorns psicòtics

En una avaluació psicopatològica entre persones dependents a l'alcohol que havien iniciat un tractament ambulatori s'observaren puntuacions molt elevades en patologia psicòtica, essent més acusada entre les dones. Aquestes, de forma més destacada, presentaven per aquest ordre: psicoticisme, obsessió-compulsió, ideació paranoide i sensibilitat interpersonal. Concretament, un 1.9% de les persones estudiades patia un quadre de psicosis en el moment de l'avaluació (Pérez et al., 2008).

El quadre 2.2.2.6.1. mostra els criteris diagnòstics del Trastorn psicòtic induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.6.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn psicòtic induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

A. Al·lucinacions o idees delirants. Nota: No incloure les al·lucinacions si el subjecte és conscient que són provocades per la substància.

B. A partir de la història clínica, l'exploració física o els exàmens de laboratori, hi ha proves de 1 o 2:

1. els símptomes del Criteri A apareixen durant o en el mes següent a una intoxicació per o abstinència de substàncies
2. el consum d'un medicament està etiològicament relacionat amb l'alteració

C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn psicòtic no induït per substàncies.

D. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium.

Font: APA (2002)

2.2.2.7. Trastorns d'ansietat induïts

Alguns autors afirmen que existeix una relació causal recíproca entre l'alcoholisme i els trastorns d'ansietat, podent aparèixer aquests últims també en el transcurs de la síndrome d'abstinència. Els trastorns d'ansietat entre els pacients alcohòlics es distribueixen en: agorafòbia amb trastorn de pànic (31.5%), trastorn obsessiu-compulsiu (24.6%), fòbia social (21.9%), trastorn de pànic (20.4%), fòbia simple (14.4%) i agorafòbia sense trastorn de pànic (13.3%) (Casas i Guardia, 2002).

El quadre 2.2.2.7.1 mostra els criteris diagnòstics del Trastorn d'ansietat induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.7.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn d'ansietat induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

- A. L'ansietat de caràcter prominent, les crisis d'angoixa o les obsessions o compulsions predominen en el quadre clínic.
- B. A partir de la història clínica, de l'exploració física o de les proves de laboratori es demostra que 1 o 2:
1. els símptomes del Criteri A apareixen durant la intoxicació o abstinència o en el primer mes següent
 2. el consum del medicament està relacionat etiològicament amb l'alteració
- C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn d'ansietat no induït per substàncies.
- D. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium.
- E. L'alteració provoca un malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o en d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

Font: APA (2002).

2.2.2.8. Trastorns afectius induïts

Casas i Guardia (2002) afirmen que el 80% dels pacients amb dependència a l'alcohol presenta algun episodi depressiu major al llarg de la seva vida. Un estudi comparatiu entre un grup d'alcohòlics i un grup control revela que el grup consumidor d'alcohol presenta puntuacions més elevades en les dimensions obsessiu-compulsiu, ideació paranoide i depressió (Sánchez-Hervás, Tomás i Morales, 2001). Fent un pas més, un equip d'investigadors de Nova Zelanda (Fergusson, Boden i Horwood, 2009) va realitzar un estudi longitudinal amb 1,055 joves en tres moments de la seva vida, entre els 17-18 anys, 20-21 i 24-25. En la primera franja d'edat quasi un 20% de la mostra complia criteris per un consum problemàtic d'alcohol, i un altre 18.2% manifestava símptomes de depressió major. Entre els 24-25 anys el 13.6% dels subjectes patia un trastorn per dependència alcohòlica i el 13.8% depressió. En tots els rangs d'edat el consum abusiu d'alcohol o la dependència es mostraven vinculats a un increment de risc de depressió (duplicant-ne les probabilitats d'aparició). Després del control de diverses variables com el consum d'altres substàncies, l'atur, el consum per part de la parella, etc., els autors suggereixen que l'abús de l'alcohol indueix la depressió i no a la inversa. La hipòtesi subjacent a aquesta idea

proposa que l'alcohol efectua una funció activadora de marcadors genètics que augmenta les probabilitats de desenvolupar una depressió major.

Al mateix temps, en el cas específic de les noies s'ha detectat clarament l'associació entre simptomatologia depressiva i consum d'alcohol abusiu. Un estudi realitzat amb 295 parelles de bessones nord-americanes d'una edat mitjana de 20.93 anys ($DT = 2.46$) desvetlla correlacions positives entre simptomatologia depressiva, trastorns alimentaris, trastorn per ingesta compulsiva i història familiar d'alcoholisme amb problemes amb l'alcohol. Els símptomes depressius van resultar ser un efecte principal sobre els problemes amb l'alcohol, concretament associats a alts nivells de problemes amb aquesta substància. Per altra banda, els trastorns alimentaris es van mostrar relacionats amb els problemes amb l'alcohol entre aquelles noies amb una història familiar d'alcoholisme (Harrell, Slane i Klump, 2009).

El quadre 2.2.2.2.8.1. mostra els criteris diagnòstics del Trastorn de l'estat d'ànim induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.2.8.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn de l'estat d'ànim induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

- | |
|--|
| <p>A. En el quadre clínic predomina una notable i persistent alteració de l'estat d'ànim caracteritzada per un (o ambdós) dels següents estats:</p> <ol style="list-style-type: none">1. estat d'ànim depressiu o notable disminució d'interessos o del plaer en totes o gairebé totes les activitats2. estat d'ànim elevat, expansiu o irritable <p>B. A partir de la història clínica, l'exploració física o els exàmens de laboratori, hi ha proves que 1 o 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. els símptomes del Criteri A apareixen durant o en el mes següent a una intoxicació o abstinència2. l'ús d'un medicament està etiològicament relacionat amb l'alteració <p>C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn de l'estat d'ànim que no sigui induït per substàncies.</p> <p>D. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium.</p> <p>E. Els símptomes provoquen malestar clínic significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.</p> |
|--|

Font: APA (2002).

2.2.2.9. Trastorns sexuals induïts

La prevalença de trastorns sexuals associats a l'alcoholisme oscil·la entre el 3.2% i el 64.4% dels casos, descobrint en alguns estudis major problemàtica entre les dones. Les afectacions més informades per part de les dones són el vaginisme (10%) i el dolor en el coït (5%) i per part dels homes l'ejaculació precoç (10%) (Ávila et al., 2004). El quadre 2.2.2.9.1. mostra els criteris diagnòstics del Trastorn sexual induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.9.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn sexual induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

A. Trastorn sexual clínicament significatiu, que provoca malestar acusat o dificultat en les relacions interpersonals.

B. A partir de l'exploració física, la història clínica i les troballes de laboratori, hi ha proves que el trastorn sexual s'explica en la seva totalitat pel consum de substàncies, com es manifesta en els casos següents 1 o 2:

1. els símptomes del Criteri A apareixen durant o en els 30 dies següents a la intoxicació per la substància
2. el consum del medicament està etiològicament relacionat amb l'alteració

C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn sexual no induït per substàncies.

Font: APA (2002).

2.2.2.10. Trastorns del son induïts

Poden aparèixer durant períodes de consum o d'abstinència. Afecten aproximadament al 0.2% de la població general i al 3.5% de les persones que consulten per problemes del son (Gallego, Toledo, Urrestarazu i Iriarte, 2007). El quadre 2.2.2.10.1 mostra els criteris diagnòstics del Trastorn del son induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quadre 2.2.2.2.10.1.: Criteris diagnòstics del Trastorn del son induït per substàncies segons el manual DSM-IV-TR.

A. Alteració prominent del son de suficient gravetat com per a merèixer una atenció clínica independent.

B. A partir de la història clínica, l'exploració física, o les troballes de laboratori, hi ha proves que 1 o 2:

1. els símptomes del Criteri A apareixen durant la intoxicació o l'abstinència, o dins el mes següent

2. el fàrmac està relacionat etiològicament amb l'alteració del son

C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn del son no induït per substàncies.

D. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium.

E. L'alteració provoca malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o en d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

Font: APA (2002).

2.2.2.2.11. Trastorn relacionat amb l'alcohol no especificat

Constitueix una categoria de trastorns associats al consum d'alcohol que no poden classificar-se en cap dels trastorns anteriorment esmentats (APA, 2002).

2.2.3. CONSEQÜÈNCIES SOCIALS

El risc de patir conseqüències socials negatives fruit del consum d'alcohol (tals com: baralles, problemes familiars, laborals, etc.) es veu clarament incrementat en funció de la quantitat consumida, sense que existeixi un llindar de seguretat (OMS, 2008).

Estudis recents elaborats amb l'objectiu d'analitzar els efectes de diferents substàncies psicotròpiques informen que el consum d'alcohol, així com el de la cocaïna, es mostren més vinculats a trastorns en relació a la salut mental, major consum d'altres drogues i més conseqüències de caire social (Hedden et al., 2009).

Livingston i Room (2009) han centrat els seus estudis en l'anàlisi de les fluctuacions en els problemes relacionats amb el consum d'alcohol en funció del gènere i l'edat de 29,445 participants australians, després de reunir evidències contraposades en la literatura vigent. L'estudi detectà que els homes, independentment del grup d'edat al qual pertanyessin (a partir de 12 anys i fins més de 80 anys), obtenien puntuacions més elevades en problemes relacionats amb la delinqüència i conductes de risc que les dones. A l'inici de l'edat adulta, entre els 18 i els 25 anys aproximadament, és on es recollia el major nombre de conductes delictives i de risc, tant en homes com en dones. Val a dir però que, excepte en les conductes delictives, el pic d'edat pel que respecta a problemes vinculats al consum d'alcohol en elles fou lleugerament inferior que en els nois, suggerint que les noies maduren amb anterioritat i abandonen el consum de risc. A més, els homes patien com a mitjana el doble de problemes tot i que en ells també s'hi veié associat un major consum d'alcohol i un major consum de risc. Si bé, a igual quantitat de consum les dones obtingueren concentracions d'alcohol en sang majors que els homes, homes i dones experimentaren patrons similars de problemes.

Les diferències culturals o racials en relació als problemes socials generats pel consum d'alcohol ha estat l'objecte d'estudi per part d'un grup d'investigadors als Estats Units (Mulia, Ye, Greenfield i Zemore, 2009). Aquests van analitzar les conseqüències sofertes per 4,080 blancs, negres i hispans americans, bevedors, majors de 18 anys. Els resultats mostren que els africans i els hispans van ser significativament més propensos a patir conseqüències socials (pobresa, desigualtat de tracte i estigma racial/ètnica) i símptomes de dependència a l'alcohol en relació als participants blancs. Fins i tot, després d'ajustar les diferències en el consum excessiu d'alcohol i les característiques demogràfiques les divergències es mantenien. Les diferències racials dels problemes d'alcohol van ser majors entre els que no feien consums abusius, mentre que van minvar i no van resultar significatives al major nivell de bevedors excessius.

A continuació s'exposen alguns àmbits de la vida social que poden ser influïts pels consum d'alcohol.

2.2.3.1. Conductes de risc

2.2.3.1.1. Conducció de vehicles

L'alcohol i l'accidentalitat vial mantenen una correlació negativa dosis-depenent, així a mesura que s'augmenta el consum d'alcohol disminueixen de forma inversament proporcional els reflexes i la capacitat d'atenció (veure taula 2.2.1.1.1.), incrementant-se el risc de patir un accident de circulació. A tall d'exemple: una quantitat d'alcohol en sang igual o superior a 80 mg/dl proporciona un risc 55.8 vegades superior d'accidentalitat vers als conductors amb un consum inferior. Aquestes dades prenen especial rellevància en el cas dels adolescents ja que la metabolització etílica es realitza a nivell inferior abans dels 17 anys produint-se més afectació que en edats posteriors.

Segons dades del *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2007a) el risc de patir un accident amb xifres d'alcoholèmia entre 0.2 i 0.4 g/l és de 1.4 vegades superior, amb xifres entre 0.5 g/l i 0.9g/l és d'11.1 vegades superior, per 1.4 g/l és 48 vegades superior i a partir d'1.5 g/l el risc estimat és de 380 vegades superior. Per tant no són d'estranyar les xifres detectades per l'Institut Nacional de Toxicologia en un estudi entre els anys 1991 i 2000 en què van descobrir que de les persones que van perdre la vida en un accident de trànsit, el 38.2% d'elles tenien presència única d'alcohol en la seva sang i en un 4.4% la presència d'alcohol anava acompanyada d'altres substàncies (Del Río et al., 2002).

Així mateix el fet de consumir begudes mentre es condueix té un efecte distractor que també pot incrementar el risc d'accident (Gras, Planes i Font-Mayolas, 2008). D'altres estudis han analitzat, també, la naturalesa dels accidents descobrint que aproximadament en la meitat del total l'alcohol hi era present (Ortiz et al., 2003). Així doncs, l'alcohol propicia patir accidents de trànsit que requereixen o no d'atenció mèdica (Calafat, 2007; Casas i López, 1996; Orgaz et al., 2005; Pascual, 2002), o que deriven amb víctimes mortals (Bedford, O'Farrell i Howell, 2006; Moncada i Pérez, 1998). Concretament, a la Unió Europea s'estima que existeixen unes 10,000 morts a conseqüència d'accidents de trànsit amb l'alcohol com a denominador comú, és a dir, representen una de cada quatre morts de trànsit a Europa (Plasencia, 2002). Per altra banda, en cas d'accident l'alcohol interfereix en la pròpia situació per exemple impedit a la persona accidentada abandonar el vehicle sinistrat (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Per últim, alguns estudis evidencien que l'alcohol agreuja les lesions sofertes en l'accident, augmentant,

per tant, les probabilitats de patir complicacions que suposin seqüeles irreversibles o en els casos més greus la mort (Álvarez i Del Río, 2001; Plasencia, 2002).

En el cas dels joves els efectes de l'alcohol sobre la conducció prenen major rellevància atès que s'hi afegixen altres aspectes que hi intervenen tals com: menys experiència en l'àmbit de la conducció, consums elevats de cap de setmana, consum d'altres substàncies, conducta desinhibida, etc. S'estima que el risc relatiu de patir un accident mortal tenint una taxa d'alcoholèmia de 0.8 g/l és màxim entre la població de 16-17 anys (165 vegades) i entre la de 18-19 anys (70 vegades). Un de cada quatre morts en accident de trànsit és menor de 25 anys i en la meitat d'aquestes defuncions hi havia present un nivell d'alcoholèmia superior al permès en el conductor (Govern de les Illes Balears, 2007).

El consum de begudes alcohòliques es mostra com el factor de risc més rellevant a l'hora de patir un accident de trànsit degut a que s'altera el rendiment motor augmentant el temps de reacció (temps que transcorre entre que s'observa un estímul i es dona una resposta a aquest), afecta a la coordinació bimanual, a l'atenció (concentrada i dividida) i a la resistència a la monotonia. A més, altera la capacitat per a jutjar la velocitat, la distància i la situació relativa al vehicle, així com l'habilitat per seguir una trajectòria o reaccionar davant un element inesperat. Per altra banda, l'alcohol afecta la visió i l'audició de manera que deteriora l'acomodació i la capacitat per seguir objectes amb la vista, redueix el camp visual, es pertorba la visió perifèrica i s'alenteix la recuperació de la vista després de ser enlluernat, alterant-se també la capacitat per distingir els sons. Finalment aquesta substància té efectes manifestos sobre els comportament i la conducta de tal forma que la persona que ha begut sovint no té consciència dels canvis fisiològics que l'etanol ha produït en el seu organisme, sentint una falsa sensació de seguretat. Sovint també es donen reaccions d'eufòria, agressivitat, així com conductes temeràries i violentes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Malgrat tot, és permès conduir un vehicle després d'haver consumit alcohol, sempre i quan no se sobrepassin els límits en la taxa d'alcoholèmia establerts ja que s'incorreria en delictes i a la corresponent reducció de punts del carnet de conduir d'acord amb el nou pel Reglament General de Circulació (aprovat per Real Decret 17/2005, de 19 de juliol, publicat en el BOE 172 de 20 de juliol):

2. Efectes del consum d'alcohol

- 6 punts. En superar la taxa de 0.50 mg/l aire espirat com a norma general o bé en 0.30 mg/l en professionals i titulars de permisos de conducció amb menys de dos anys d'antiguitat.
- 6 punts. En cas de negar-se a la realització d'una prova d'alcoholèmia (o bé d'estupefaents, psicotròpics, estimulants i altres substàncies d'efectes anàlegs).
- 4 punts. Davant l'existència de valors d'aire espirat superiors a 0.25 fins a 0.50 de forma genèrica o bé majors de 0.15 mg/l en professionals i titulars de permisos de conducció amb menys de dos anys d'antiguitat.

Aquestes mesures van en consonància amb una recerca que l'any 1998 advertia, després de la realització d'un estudi experimental amb 39 subjectes d'entre 18 i 30 anys, que els nivells d'alcohol en sang permetos en aquells moments als conductors empitjoraven la precisió del canvi atencional (més errors en nivells d'alcoholèmia entre 0.2 i 0.3 g/l respecte a 0 g/l) i afectaven la capacitat de dividir l'atenció (entre aquells que van assolir una alcoholèmia d'entre 0.3 i 0.4 g/l respecte a quan el seu nivell era 0 g/l), presentant aquest fet possibles repercussions en la conducció i la seguretat vial (Rosselló, Munar, Justo i Arias, 1998). En la mateixa línia, un altre estudi va posar de manifest que la capacitat de control atencional inhibitori i del canvi de preparació (necessària a l'hora d'actuar davant un element inesperat) s'alterava de forma significativa a nivells de 0.3 i 0.5 g/l, permetos aleshores (Garrido, Rosselló, Munar i Quetgles, 2001).

A una esfera clínica, en un estudi de comparació amb una mostra de 232 joves alcoholícs i joves bevedors no alcoholícs de menys de 30 anys de la Comunitat Valenciana, s'extreu que aquells que tenen problemes declarats amb l'alcohol prefereixen en major mesura conduir el seu propi vehicle, revelant més accidents de trànsit i multes. Per contra, la resta prefereix que algú altre conduexi en cas d'haver begut (Pascual, 2002).

A la taula 2.2.3.1.1.1. es presenten els principals efectes del consum d'alcohol sobre la capacitat de conducció.

Taula 2.2.3.1.1.1.: Efectes del consum d'alcohol sobre la capacitat de conducció.

CONCENTRACIÓ D'ALCOHOL EN SANG g/l	SÍMPTOMES
<0.3	No es mostra alteració o és molt lleu
0.3-0.5	Estat d'embriaguesa lleu Afectació del rendiment psicomotriu Reducció en la percepció de llums Distorsió en la percepció de distàncies Disminució del camp visual (efecte túnel)
0.5-1	Estat d'embriaguesa moderat Deteriorament moderat del rendiment psicomotriu Alteració de la coordinació manual Augment del temps de reacció Impulsivitat i agressivitat al volant
1-2	Estat d'embriaguesa intens Deteriorament greu del rendiment psicomotriu Conducció temerària per poca apreciació del risc Reducció de l'agudeses visual Reducció de la visió perifèrica i de la recuperació a l'enlluernament Visió borrosa Falta i coordinació de moviments
2-3	Estat d'embriaguesa complet Deteriorament molt greu del rendiment psicomotriu Visió molt borrosa Incoordinació greu
3-5	Coma Impossibilitat de conduir
>5	Mort

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a).

2.2.3.1.2. Relacions sexuals de risc

L'alcohol tant pot modificar el comportament sexual com alterar els òrgans relacionats amb la resposta sexual. En aquest sentit, s'ha establert que el consum d'alcohol propicia una iniciació precoç en el camp de les relacions sexuals i també en les relacions sexuals de risc (tant pel que respecta a un possible embaràs com a la infecció amb malalties de transmissió sexual) (Santo-Domingo, 2002). Aquest fenomen pot ser facilitat per l'efecte inicial desinhibidor de l'alcohol (Bellis i Hughes, 2004; Pereiro i Serrano, 2006). En tot cas, cal ser conscients del perill que comporta l'efecte amnèsic de l'alcohol que permet oblidar les accions o conseqüències abans,

durant o després de l'acte sexual (Bellis i Hughes, 2004). En aquesta línia, un 11% dels joves espanyols declaren haver tingut problemes per sexe perillós i un 21% per sexe no planificat després d'haver pres 5 begudes amb graduació alcohòlica (Casas i López, 1996). A nivell europeu un terç dels joves es troben sota els efectes de l'alcohol en la seva primera experiència sexual, multiplicant-se les probabilitats de tenir relacions sexuals sense preservatiu i augmentant la incapacitat de gestionar un sexe segur (Bellis i Hughes, 2004).

La literatura recull en aquest àmbit la ocurrència de facilitar begudes alcohòliques a una persona del sexe contrari per augmentar les probabilitats d'un encontre sexual (Bellis i Hughes, 2004). En aquest sentit, davant la pregunta "*està bé obligar a tenir sexe a una dona borratxa o drogada?*" el 39% de nois respon de forma afirmativa de la mateixa manera que ho fan el 18% de noies (Casas i López, 1996).

2.2.3.1.3. Accidentalitat

La concentració d'alcohol en sang a partir de 0.1 g/l produeix afectació en funcions orgàniques com l'equilibri, la concentració i els reflexos que poden propiciar caigudes que comportin lesions. En definitiva, s'estima que l'alcohol està darrere del 22-77% de morts per caiguda, les quals veuen triplicada la seva probabilitat d'aparició amb una taxa d'alcoholèmia d'entre 0.05 i 0.1 g/l, i incrementada 60 vegades amb una taxa de 0.16 g/l o més. Al sud d'Europa el 40% de morts per lesió d'entre 15 i 69 anys havien pres alcohol. També aquesta substància s'associa a altres lesions degudes al foc (9-86%) i a ofegaments (21-50%).

Per altra banda, els avenços mèdics comporten que l'índex de mortalitat per lesió hagi disminuït, ara bé, aquest fet propicia la permanència de lesions o incapacitats. Les prediccions no són gens esperançadores ja que s'estima que l'any 2020 les morts per accident afectaran a 8.4 milions de persones (l'any 1998 eren de 5.8 milions) (Plasencia, 2002). Alguns autors afirmen que d'entre aquells ingressos a traumatologia o psiquiatria hi ha una prevalença del 50% de consum d'alcohol (Puerta et al., 2006). Un estudi longitudinal realitzat a Guantánamo sobre les característiques de les defuncions per morts violentes vinculades al consum d'alcohol revela que la primera causa de mort eren els accidents de trànsit (39.4%), i la segona els accidents tals com caigudes i precipitacions (19%). Els índex de mortalitat predominants es van detectar entre la població jove (24-54 anys, 60.7%), masculina (86.2%), amb una ocupació no qualificada (30.5%),

de zona urbana (54.3%) i a la via pública (44.7%). Els mesos amb més freqüència d'ocurrència van ser els corresponents a l'estiu (entre juliol i agost, 21.5%), mentre que els dies de cap de setmana són els més freqüents (dissabte i diumenge sumen el 35%) (Matos, Betancourt, Álvarez, Aces i Toirac, 2001).

El Departament de Salut Pública d'Irlanda desglossa el total de morts per accidents fatals i suïcidis a Irlanda entre els anys 2001 i 2002. En aquest sentit, detecten 129 morts que compleixen aquestes característiques, essent un 42.6% de morts per accident de trànsit, un 24% de suïcidis, un 9.3% de mort per mal ús de substàncies, un 8.5% per incendis de la llar i un responen a 15.5% altres motius. La mitjana d'alcoholèmia detectada en les persones que van perdre la vida en un incendi ascendeix a 225.2 mg/100 ml (Bedford et al., 2006).

El Departament de Medicina forense a Suècia, per la seva banda, descobreix la implicació de l'alcohol en el 48% de morts per caiguda, el 44% per incendi i el 41% per asfíxia (Sjagren, Eriksson i Ahlm, 2000).

2.2.3.2. Baix rendiment acadèmic

Les persones consumidores d'alcohol mostren menys interès per acudir al centre d'ensenyament al que pertanyen, menys temps de dedicació a tasques escolars, pitjor autovaloració del seu rendiment; així com més cansament als matins en dies escolars, trastorns nerviosos i marejos, consum més freqüent de medicaments per dormir i estats de nerviosisme amb sentiment de soledat (Perula et al., 1998). De l'anterior se'n desprèn una correlació positiva entre l'alcohol i el fracàs acadèmic donada la capacitat d'aquest per interferir tant en l'aprenentatge escolar com també en problemes de disciplina en l'àmbit educatiu que comporten dificultats acadèmiques i baix rendiment (Casas i López, 1996; Espada, Alfonso, García del Castillo i Lloret, 2006; Pascual, 2002; Santo-Domingo, 2002).

2.2.3.3. Problemes familiars i laborals

El consum d'alcohol pot ocasionar discussions i conflictes familiars així com greus problemes en l'ambient familiar provocant trastorns emocionals en els familiars pròxims. D'altra banda, el

consum d'aquesta substància s'ha vist associat, també, a problemes dins l'àmbit laboral tals com: deteriorament de les relacions personals, absentisme, baixes per malaltia, sancions disciplinàries, accidents, baixa productivitat, i fins i tot pèrdua de la feina (Casas i López, 1996; OMS, 2008; Orgaz et al., 2005).

2.2.3.4. Violència i conductes delictives

El consum d'alcohol, ja sigui en la modalitat d'intoxicació aguda com de consum crònic, facilita la realització de conductes agressives i violentes (Santo-Domingo, 2002). Ara bé, la relació entre l'alcohol i les conductes violentes s'ha demostrat també en sentit invers: les situacions violentes faciliten i mantenen el consum d'alcohol (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). Les dues situacions esmentades fan referència a una dificultat en el control d'impulsos, tot i que hi poden intervenir d'altres factors psicològics, socials i culturals. En aquest sentit, la conducta delictiva i per tant els problemes de caire legal també es troben vinculats amb el consum d'alcohol i cànnabis (Casas i López, 1996). N'és una mostra, un estudi realitzat als Estats Units per Roizen (1997) el qual posa de manifest que el consum d'alcohol era present en un 37% dels atracaments, en un 60% dels delictes d'abús sexual i en el 13% dels abusos a menors (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). Així com en el 45% de delictes violents i també en el 45% de violència de parella (Sher i Merrick, 2007). D'altres autors afirmen que l'alcohol l'any 2005 va ser responsable de 9,439 morts i 921,929 problemes relacionats amb els delictes i les lesions a Califòrnia (Rosen, Miller i Simon, 2008).

L'OMS (2006b) apunta també, que el consum nociu i el consum perillós d'alcohol són factors de risc tant per a esdevenir víctimes com perpetradors de violència juvenil (considerada entre els 10 i els 29 anys). L'explicació d'aquest fet rau en que el consum perillós pot fer disminuir l'autocontrol i la capacitat de processar la informació, d'avaluar els riscos, així com incrementar la labilitat emocional i la impulsivitat, facilitant incórrer a una situació violenta en cas de confrontació. Per altra banda, la disminució del control físic i de la capacitat de reconèixer els signes d'alarma de situacions perilloses poden convertir a alguns bevedors en situació de víctimes. Aquests últims, així com els testimonis de situacions violentes, poden recórrer al consum d'alcohol com a mecanisme d'afrontament o d'automedicació. S'han realitzat alguns estudis per tal d'avaluar la relació entre el consum d'alcohol i la violència juvenil. A mode d'exemple s'observa que a Filipines el 14% dels joves d'entre 15 i 24 anys van confessar haver

agredit a algú en els tres mesos anteriors a l'enquesta, mostrant relació l'acte violent amb el consum d'alcohol. Per altra banda, als Estats Units quasi el 25% dels homes i el 12% de les dones d'entre 18 i 30 anys havien patit agressions o actes violents en un bar o en les zones contigües. A Europa, concretament a Anglaterra i Gal·les, els nois d'entre 18 i 24 anys que van afirmar arribar a estats d'embriaguesa almenys un cop al mes mostraven el doble de probabilitats d'haver-se implicat en una baralla, l'any anterior, en relació a aquells que tot i prendre alcohol no assolien estats d'embriaguesa. Cal destacar que entre les dones la probabilitat era quatre vegades superior.

Pel que respecta al gènere, generalment són els homes els que presenten més probabilitats de cometre o rebre actes catalogats de violents. No obstant, en alguns països s'està detectant un clar augment de les taxes de violència entre les dones davant consums nocius d'alcohol (en són exemple Israel i països del Carib). També el cas de les bandes juvenils aporta una especificitat a tenir en compte, ja que amb freqüència prenen l'alcohol com a element ritualista durant els processos iniciàtics (sovint acompanyat d'estats de violència), així com abans d'accedir a una baralla (per enfortir la confiança) i després per a afiançar la unitat de la banda. Tot i que són minoria les noies que formen part d'aquests grups, les que hi participen acostumen a mostrar majors nivells de violència i consum d'alcohol que les que no en formen part.

Així doncs, l'alcohol és un element clau a tenir en compte en relació a les conductes violentes, tot i que hi intervenen altres factors associats com el nivell educatiu baix, les escasses expectatives universitàries, el patiment emocional durant l'adolescència, la conducta antisocial, el consum d'alcohol i la realització d'actes violents per part dels amics i trets de personalitat amb inclinació a l'agressió.

Els escenaris on s'acostuma a presenciar un major nombre d'actes violents són aquells en què existeix un nivell baix de confort (locals amb molta gent, sense seients ni ventilació, sorollosos i calorosos) o bé, entre d'altres, llocs on hi ha ofertes de descomptes en les begudes alcohòliques. Per tant, sovint es perpetren de nit, en cap de setmana, en establiments on es consumeix alcohol o als seus voltants (OMS, 2006b).

Cal fer esment a la necessitat de tenir en compte la incidència del consum d'alcohol en situacions de violència familiar com apunten diversos autors, entre ells García (2002). L'OMS entén per violència de parella tot aquell comportament que en una relació de parella causi

perjudici físic, psicològic o sexual a aquells que mantenen aquesta relació. La majoria d'autors coincideixen a afirmar que l'explicació d'aquest fenomen és multifactorial on intervien factors socioculturals, familiars (conflictes familiars, dificultats econòmiques, estrés, etc.), relacionats amb l'agressor (models violents de conducta, trastorns de personalitat, baixa tolerància a la frustració, pobre control d'impulsos, etc.) i relacionats amb la víctima (personalitat dependent, baixa autoestima, suport social deficitari i dificultats en les estratègies d'afrontament personal, etc.). Al mateix temps, però, molts estudis atribueixen un gran pes al consum d'alcohol, en especial al consum abusiu d'alcohol en relació a la violència de gènere, el qual està present entre el 30-50% dels casos. És conegut l'efecte desinhibidor de l'alcohol dels mecanismes que inhibeixen la conducta violenta, disminuint la capacitat de judici i la percepció de risc associat a certes conductes violentes (Sánchez, 2009).

2.2.3.5. Morts violentes i suïcidi

El suïcidi és la segona causa de mort entre els joves dels països desenvolupats d'entre 15 i 34 anys (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; Santo-Domingo, 2002) i la realitat actual mostra que en els suïcidis de persones joves s'hi acostuma a associar el consum alcohol i d'altres drogues il·legals. Tanmateix, s'han observat taxes de suïcidi de 60 a 120 vegades més altes entre persones que pateixen un trastorn amb l'alcohol declarat en comparació amb la població general. Així mateix, entre un 18-20% d'alcohòlics han intentat suïcidar-se en alguna ocasió (Casas i Guardia, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a). En la mateixa línia, un estudi realitzat per Bedford et al. (2006) detecta que l'alcohol estava present en el 55.5% dels suïcidis perpetrats, és més, si la persona era menor de 30 anys tenia major probabilitat de tenir alcohol en sang i les taxes d'alcoholèmia eren superiors (191.5 mg/100ml en persones de menys de 30 anys i 84 mg/100ml en persones de més edat). Un estudi realitzat a la ciutat de La Habana revela que el 47.7% de les persones que van perdre la vida per morts violentes (suïcidis i homicidis) es trobaven sota els efectes de l'alcohol (Matos et al., 2001). A Anglaterra el 42% dels homicidis comesos entre l'any 1996 i el 1999 es van dur a terme per part d'una persona amb història d'abús o dependència a l'alcohol (Shaw et al., 2006). Diversos estudis permeten afirmar que en torn a un 40-65% de les persones que han mort per homicidi, un 25-35% dels suïcidis i un 30-40% de les morts a causa d'alguna altra situació violenta, estan relacionades amb el consum d'alcohol, essent la mitjana d'alcoholèmia detectada entre les víctimes de 1.55 g/l ($DT = 0.86$) i les edats més freqüents entre els 30-60 anys (52%), seguides de 0-29 anys (35%) (Andreucceti

et al., 2009; Bedford et al., 2006; Darke, Duflou i Torok, 2009; Sjagren et al., 2000). Rússia és el país on es detecten les majors quantitats de consum d'alcohol del món, les quals van lligades a les màximes taxes d'homicidi a nivell també mundial. L'augment d'un 1% del consum regional en aquest estat s'associa a un increment del 0.25% dels homicidis (Pridemore, 2002).

En conjunt, a nivell mundial, es pot atribuir a l'alcohol el 26% d'anys de vida perduts per homicidis en homes i el 16% en dones (aquests valors estan compresos entre el 18-41% en homes i entre el 12-32% en dones) (OMS, 2006a).

2.2.4. EFECTES BENEFICIOSOS DEL CONSUM D'ALCOHOL

Malgrat la relació d'efectes danyins, contrastats, que exerceix l'alcohol sobre la salut física i psíquica, existeix una llarga tradició mèdica i popular que li atribueix propietats saludables o guardores. És evident doncs que l'alcohol ha estat i està considerat actualment un producte amb certs beneficis per l'organisme. Tot i existir certes discrepàncies entre els autors, sembla haver-hi consens a l'hora d'afirmar que els beneficis o perjudicis provocats es podrien establir en funció de la quantitat ingerida, seguint una relació en forma de J o de U entre l'alcohol i les afectacions per a la salut o la mortalitat (Anderson, 2005; Brügger-Andersen, Pönitz, Snapinn i Dickstein, 2009; Gronbaek et al., 2000; Sinkiewicz i Weglarz, 2009). Al mateix temps, cal tenir en compte la susceptibilitat de cada persona, fet que indica la conveniència d'individualitzar les recomanacions en el consum d'alcohol ja que no existeix un nivell de consum d'alcohol moderat, que de forma universal i per tots els grups d'edat i gènere, disminueixi la mortalitat (Al-Ghanem, Marco, Callao, Lacruz, Benito i Córdoba, 2005; Estruch i Sacanella, 2005).

En aquest sentit, la pauta idònia per a una persona amb un problema declarat d'addicció a l'alcohol és l'abstinència absoluta, mentre que a les persones que beuen en excés però no presenten contraindicacions se'ls podria aconsellar la reducció del seu consum a quantitats diàries inferiors a 40 grams en homes i 20 grams en dones, les quals representen el consum moderat i són per tant les dosis màximes per a considerar el seu ús profitós. Val a dir que no existeix acord en aquest sentit i les recomanacions oscil·len entre 1 UBE al dia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a), fins a un màxim de 6 UBE (Estruch i Sacanella, 2005) mentre que d'altres autors posen el límit en dues begudes per dia (Sacco et al., 1999; Saremi i Arora, 2008) o bé en 50 g/dia en homes i 30 g/dia en dones (Granizo, 2002). Per altra banda, el consell als

consumidors moderats aniria en la línia de mantenir el consum per sota dels límits esmentats. Cal contemplar però que mantenint un consum moderat existeix el risc de desenvolupar una progressió cap a una ingesta de majors quantitats desembocant en un consum problemàtic (Al-Ghanem et al., 2005). A poder ser es recomana que els consums esdevinguin durant els àpats ja que la presència d'aliments a l'estómac retarda l'absorció de l'etanol i per tant minva la concentració d'alcohol final. Per altra banda, no haurien de prendre alcohol aquelles persones amb altres trastorns físics o psíquics que puguin empitjorar amb l'alcohol, dones embarassades o amb fills lactants, nens, adolescents, ni persones que estiguin prenent medicaments que puguin interaccionar amb l'alcohol (Granizo, 2002). Fins el moment, no s'ha assolit suficient evidència científica per aconsellar a les persones abstèmies el consum moderat d'alcohol (Al-Ghanem et al., 2005; Rodríguez-Martos, 2005), amb excepció dels afectats de cardiopatia isquèmica o qui té un risc de factor vascular o d'insuficiència cardíaca (Estruch i Sacanella, 2005). En aquest sentit l'*American Heart Association* tampoc no recomana l'alcohol com un enfoc terapèutic i proposa que els homes no beguin més de dues begudes per dia i que les dones en prenguin com a màxim una (Sarema i Arora, 2008).

Per altra banda, novament existeixen evidències contraposades pel que respecta a si els beneficis detectats en la ingesta de beuratges alcohòlics es deuen als efectes de l'etanol (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a), o bé a algunes de les propietats antioxidants atribuïbles als components d'algunes begudes, com per exemple els polifenols del vi negre (Di Castelnuovo, Rotondo, Iacoviello, Donati i De Gaetano, 2002; Sinkiewicz i Weglarz, 2009). Certament, s'han detectat majors efectes protectors en el consum de vi negre, el qual actua per inhibició de la oxidació de baixa densitat de lipoproteïnes i la trombosi, independentment de l'alcohol (Saremi i Arora, 2008). N'és una mostra un estudi realitzat amb 24,523 participants danesos en el qual es va descobrir que en comparació amb els abstemis, els bevedors de poques quantitats d'alcohol que no prenién vi van tenir un risc relatiu de mort de 0.9 (IC 95%: 0.82-0.99), mentre que el risc d'aquells que bevien vi es va situar en 0.66 (IC 95%: 0.55-0.77). Per altra banda, els grans bevedors que no prenién vi es trobaven en major risc de mort que els grans bevedors que incloïen vi en les seves ingestes alcohòliques. De fet, els bevedors de vi van mostrar una mortalitat menor en malalties coronàries i càncer que els no bevedors de vi (Gronbaek et al., 2000). És més, estudis recents (Bertelli i Das, 2009) apunten la idea que, a banda dels efectes de l'etanol i dels polifenols del vi, certs antioxidants presents al raïm juguen un paper clau pel seu efecte cardioprotector. El component amb major pes és el resveratrol (es troba a la pell del raïm), tot i que les proantocianidines (situades a la llavor) també tenen un gran

poder protector del sistema cardiovascular. Paral·lelament, el consum de cervesa també mostra propietats beneficioses sobre l'organisme, tot i que l'associació és menys intensa que en el cas del vi, també s'ha observat menys risc de mortalitat per malaltia cardiovascular, 0.78 (IC 95%: 0.7-0.86), respecte als no bevedors (Di Castelnuovo et al., 2002).

Tot i els resultats contradictoris detectats en diferents estudis, se sostenen quatre hipòtesis a l'hora d'explicar la relació entre les begudes alcohòliques i els beneficis aportats en matèria de salut: l'acció en el perfil lipídic, l'efecte antiagregant en les plaquetes, l'efecte anticoagulant a l'afectar l'hemostàsia (sistema de l'organisme encarregat d'evitar una pèrdua de sang davant una ruptura vascular) i la capacitat antioxidant (Granizo, 2002).

Un altre element a tenir en compte en la recomanació del consum d'alcohol és l'edat, la qual es considera idònia a partir dels 35 o 40 anys en general, tot i que en dones és plantejable un endarreriment de l'edat (fins els 50 anys) degut a les diferències metabòliques lligades al gènere (Estruch i Sacanella, 2005; Granizo, 2002). Una meta-anàlisi realitzada per Al-Ghanem et al. (2005) reflexa que en 19 dels 21 articles analitzats existia un menor risc de mortalitat global en bevedors moderats d'alcohol en comparació amb no bevedors en la població de mitjana i avançada edat. Els mateixos autors, així com Rodríguez-Martos (2005), afirmen que únicament s'ha detectat una relació beneficiosa en relació a la mortalitat cardiovascular en població de mitjana edat (40-70 anys), més clarament en homes, amb un patró de consum regular (sense superar 20 g/dia i a ser possible alternant dies sense prendre alcohol). En cas contrari el risc de mort es veuria incrementat. No obstant, en persones joves qualsevol consum d'alcohol provoca un augment de la mortalitat, tant pel que respecta a la mortalitat global com per cada causa específica, degut a la baixa incidència de factors de risc coronari en aquest grup d'edat i a l'alta freqüència d'altres causes de mort com els accidents de trànsit, les agressions o el suïcidi que presenten una relació directa amb el consum.

Cal tenir en compte alguns aspectes a l'hora de valorar les troballes en relació als aspectes beneficiosos del consum d'alcohol. Un d'ells fa referència a que la majoria dels estudis obvien les diferències individuals que es veuen representades dins el grup d'abstemis. És a dir, en ocasions apareixen dades que afirmen que els bevedors (moderats) gaudeixen de millor estat de salut que els abstemis, sense diferenciar si aquests abstemis són persones que mai han pres alcohol, o bé persones que actualment han abandonat el consum després de realitzar consums abusius, o bé després d'haver mantingut un estatus de dependència, o el cas de persones que

actualment no beguin per prescripció mèdica per algun problema relacionat amb l'alcohol. Per altra banda, també existeix la possibilitat que persones amb problemes de salut decideixin ser abstinentes pensant que el consum d'alcohol podria ser més perjudicial en la seva ja delicada salut (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

Finalment, alguns autors suggereixen que els efectes positius podrien deure's a l'estil de vida dels bevedors moderats de vi, així com la seva dieta: elevat consum de cereals, verdures, fruites, fruits secs i llegums, ingesta d'oli d'oliva com a font de greixos, consum moderat de peix, pollastre, llet i productes làctics, baix consum de carn i un alt grau d'activitat física. Un estudi realitzat a Grècia, amb 22,043 participants, revela que a qui segueix la dieta mediterrània esmentada se li pot atribuir una reducció de la mortalitat en general, de la mortalitat cardiovascular, i fins i tot de càncer, de Parkinson i d'Alzheimer (Sofi, Cesare, Abbate, Gensini i Casini, 2008; Trichopoulou, Costacou, Barnia i Trichopoulos, 2003).

Es recomana l'abstinència absoluta en menors, o bé en cas de: embaràs i lactància, maneig de vehicles o maquinària perillosa, pacients amb patologia mèdica o medicació necessària d'abstinència, pacients amb antecedents o presència d'una greu malaltia mental, pacients amb antecedents de dependència alcohòlica o alguna altra drogoaddicció i persones que no poden detenir o controlar la seva ingesta alcohòlica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

A continuació s'esmenten els principals efectes beneficiosos del consum d'alcohol els quals, tal i com ja s'ha comentat anteriorment, de forma majoritària es fan més evidents davant el consum de vi negre (Estruch i Sacanella, 2005).

Mortalitat i sistema cardiovascular.

El consum moderat d'alcohol redueix la mortalitat en general i la prevalença de malalties cardiovasculars. En aquest sentit, existeix un menor risc d'infart entre les persones amb un consum moderat d'alcohol vers les abstèmies. Concretament, s'ha detectat una reducció del risc de cardiopatia isquèmica amb un consum de 10 grams d'alcohol per dia, tot i que aquesta reducció desapareix en edats avançades i s'inverteix en dosis iguals o superiors a 20 grams per dia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a).

Altres estudis detecten una forta relació entre l'ús moderat d'alcohol i la supervivència després d'haver patit un infart de miocardi complicat. Així, els grans bevedors i els abstemis tenien un similar i pitjor pronòstic constatant una relació en forma de U entre l'alcohol i els problemes de salut, tot i que caldria tenir en compte aspectes relatius a l'estil de vida. El consum moderat d'alcohol s'ha vist associat a una major concentració de la lipoproteïna d'alta densitat de colesterol, l'apolipoproteïna A I, i una menor concentració de fibrinogen (Brügger-Andersen et al., 2009).

Per altra banda, el consum moderat d'alcohol atenua els símptomes relatius a un brot de tos ocasionat com a efecte secundari dels inhibidors de l'eca (medicaments prescrits per tractar la insuficiència cardíaca congestiva, la hipertensió o administrats després d'un atac cardíac). L'autor Astvatsatryan (2004) va descobrir que en 16 pacients estables tractats d'insuficiència cardíaca amb *enalapril* o *captopril* (d'un total de 23 persones que conformava la mostra, d'entre 45 i 69 anys) es reduïen els símptomes de la tos, mentre que en els 7 restants es bloquejaven completament tals símptomes davant un consum d'entre 30-45 ml de vodka o whisky, durant un atac de tos.

Arteriosclerosis

El consum moderat d'alcohol promou una reducció del risc (fins un 50%) de patir un accident vascular cerebral (AVC) comparat amb persones abstèmies o alcohòlics crònics. Els autors Elkind, Sciacca, Boden-Albala, Rundek, Paik i Sacco (2006) van portar a terme un estudi de cohort entre els anys 1993-2001 amb 3,176 participants de 40 anys o més escollits a l'atzar. Després de categoritzar el consum d'alcohol en 3 etapes: no n'he begut en el darrer any, bevedors moderats (1 o més begudes en el darrer mes - 2 o menys per dia), grans bevedors (més de 2 begudes per dia) van obtenir els següents resultats: els consumidors moderats van reduir el risc d'accident cerebrovascular isquèmic respecte els que no van beure en el darrer any (0.67, IC 95%: 0.46-0.99) i d'infart de miocardi o de mort vascular (0.74, IC 95%:0.59-0.94). Els resultats es mantenen en comparació amb els que mai han begut, així com estratificant per edats, gènere i ètnia. No obstant, es detectà una tendència a un major nombre d'accidents cerebrovasculars entre els grans bevedors.

Aquest efecte es dona també en persones de més edat si atenem a un estudi amb 677 participants els quals es van comparar amb 1,139 controls. L'edat mitjana de la mostra era de 70

anys ($DT = 12.7$). El consum moderat d'alcohol (fins a 2 begudes per dia) es va mostrar protector (0.39-0.67) d'AVC, després de controlar les malalties cardíques, la hipertensió, la diabetis, la conducta de fumar, l'índex de massa corporal i l'educació. Per altra banda, va augmentar el risc entre els que consumien 7 o més begudes per dia (2.96, IC 95%: 1.05-8.29) (Sacco et al., 1999).

Els efectes esmentats esdevenen ja que l'alcohol redueix la concentració plasmàtica de les formes solubles de les molècules d'adhesió endotelial relacionades amb les fases inicials d'arteriosclerosi. No obstant, un consum superior a 3-5 UBE provoca que el risc de sofrir un AVC s'incrementi superant, en aquest cas, al dels abstemis. Paral·lelament, existeix un menor risc de vasculopatia perifèrica.

Val a dir que la majoria dels estudis en relació a l'arteriosclerosi es basen en les lipoproteïnes i la coagulació, però l'efecte d'aquests sobre l'arteriosclerosi únicament és el responsable del 50% dels casos, així doncs, les futures investigacions haurien d'examinar altres elements per a poder explicar-ne la totalitat.

Efecte Antiinflamatori

Aquest efecte també es veu implicat en l'impediment d'aparició de l'arteriosclerosi. Per un consum d'entre 5-7 begudes per setmana es detecta una menor concentració plasmàtica de la proteïna C reactiva en comparació amb persones abstèmies. La ginebra produeix aquests efectes antiinflamatoris, però el vi a part dels efectes de la ginebra mostra majors efectes beneficiosos de prevenció de l'arteriosclerosi perquè la seva riquesa en polifenols redueix entre un 40 i un 96% l'adhesió de monòcits humans a l'endoteli.

Funció vascular

En animals l'alcohol redueix les lesions miocàrdiques per isquèmia, ja que simula un preconditionament isquèmic. Un estudi analitzant el consum de vi negre, vi blanc i vodka descobreix que el flux sanguini coronari només va augmentar de forma significativa amb la ingesta de vi negre, tot i que el *mosto* també va millorar el flux coronari en 15 pacients afectats de cardiopatia coronària. Per tant els efectes es deuen tant a l'etanol com als components (polifenols i altres) que contenen algunes begudes, especialment el vi negre.

Colesterol

Pel que respecta a les concentracions de lipoproteïnes de baixa densitat (*low-density lipoprotein*, LDL) els autors no en detecten cap reducció significativa, però sí de lipoproteïna (a) després del consum de vi negre, així com increment de fraccions proteíniques d'alta densitat (*high-density lipoprotein*, HDL). El vi negre redueix la resistència a l'oxidació de les LDL, mentre que el vi blanc provoca l'efecte contrari. Els autors De Rijke, Demacker, Assen, Sloots, Katan i Stalenhoef (1996) no han trobat efecte si s'elimina l'alcohol del vi i per tant es conclou que potser l'etanol facilita l'absorció dels polifenols. Per tant l'efecte antioxidant, en aquest cas, es deu a les propietats no alcohòliques del vi (Estruch i Sacanella, 2005).

Coagulació sanguínia

L'alcohol inhibeix l'agregació plaquetària secundària deguda a col·lagen, PAF (factor activador de plaquetes), trombina i ADP (adenosí difosfat) que comporta una reducció de l'activitat de tromboxà A₂, tot i que amb la retirada d'etanol es produeix un efecte rebot: augmenta l'agregació plaquetària i s'incrementa el risc de trombosi, mort sobtada i AVC. Aquest efecte rebot no s'observa en el cas del consum de vi.

Qualitat de vida

A banda de les alteracions físiques alguns autors han posat l'accent a l'estudi de la qualitat de vida en la seva relació amb el consum d'alcohol. Recentment, Chan, Von Mühlen, Kritz-Silverstein i Barret-Connor (2009) es van proposar examinar a 1,594 participants d'edats compreses entre els 50 i els 97 anys. El consum d'alcohol es va classificar en diverses categories: no bevedor, bevedor ocasional (menys de tres cops per setmana), bevedor regular lleu (igual o més de 3 cops per setmana però menys de 170 grams a la setmana) i bevedor regular moderat (igual o més de 3 cops per setmana però més de 170 grams per setmana). Els resultats van evidenciar que l'increment de la freqüència del consum d'alcohol es vinculava a una major qualitat de vida en homes i dones (avaluada mitjançant les escales: SF-36, QWB, LSI-Z, SWL), no explicant-se aquesta associació per altres factors tals com: l'edat, l'activitat física, el consum de tabac, l'estat d'ànim depressiu, o patir malalties cròniques (diabetis, hipertensió o malalties cardiovasculars).

CAPÍTOL 3. MODELS EXPLICATIUS DEL CONSUM D'ALCOHOL



Són nombrosos els models i teories que s'han desenvolupat intentant explicar la iniciació i el manteniment del consum de drogues (Becoña, 2001, 2002; Domènech, Larraburu, Montcada i Font-Mayolas, 2003). Cadascun d'ells s'ha centrat i ha posat èmfasi en algun aspecte particular de la problemàtica, tal i com així es destaca al quadre 3.1. (Becoña, 1999):

Quadre 3.1.: Principals models explicatius de la iniciació al consum de substàncies.

- Teories biològiques centrades en: les deficiències en la neurotransmissió, (Robert i Koob, 1997) i la hipòtesis de l'automedicació (Casas, 1992).
- El model de creences de salut de Becker i Maiman (1975).
- Teories basades en l'aprenentatge: condicionament clàssic (Klein, 1994) i operant (Graña i García, 1994).
- Teories actitudinals: teoria de l'acció raonada i teoria de l'acció planificada (Ajzen, 1988; Ajzen y Fishbein, 1980).
- Teories basades en causes intrapersonals (Kaplan, 1996; Pandina, Johnson i Labouvie, 1992).
- Teories basades en la família i en l'enfoc sistèmic (Kaufman, 1974).
- El model evolutiu de Kandel (1975).
- El model d'etapes motivacionals multicomponents de Werch i DiClemente (1994).
- El model del procés de reafirmació dels joves de Kim, Crutchfield, Williams i Hepler (1998).
- La teoria de la maduresa de Labouvie (1996).
- La teoria del desenvolupament precoç de Newcomb (1996).
- El model psicopatològic del desenvolupament de Glantz (1992).
- El model de malaltia del desenvolupament psicosocial de la dependència de drogues de Chatlos (1996).
- La teoria de socialització primària d'Oetting i Donnermeyer (1998).
- La teoria de l'aprenentatge social de Bandura i Walters (1979).
- El model de desenvolupament social de Catalano i Hawkins (1996).
- La teoria interaccional de Thornberry (1987).
- La teoria de la conducta problema de Jessor i Jessor (1977).
- El model d'estils de vida de Calafat, Amengual, Farrés, Mejías i Borràs (1992).
- La teoria de la influència triàdica de Flay i Petraitis (1994).
- El model d'autocontrol de Santacreu, Froján i Hernández (1991).

Font: Becoña (1999).

El present treball es recolza principalment en tres dels models esmentats: el Model d'Etapes Motivacionals Multicomponents (McMOS) de Werch i DiClemente (1994), la Teoria de l'Aprenentatge Social de Bandura i Walters (1979) i el Model Evolutiu de Kandel (1973, 1975). A continuació s'exposen amb detall aquests models.

3.1. EL MODEL D'ETAPES MOTIVACIONALS MULTICOMPONENTS (McMOS) de Werch i DiClemente (1994)

3.1.1. Model d'abandonament d'una conducta

L'origen del McMOS es troba en el Model Transteòric de Canvi (MTC) elaborat per Prochaska i DiClemente (1983). Aquests autors proposen un model explicatiu de l'abandonament de la conducta de fumar en el qual plantegen unes etapes comunes en totes aquelles persones que cessaven l'hàbit tabàquic, ja bé mitjançant algun programa de teràpia, o bé per si mateixes. En línies principals es va descobrir, mitjançant l'estudi de 67 fumadors que recentment havien abandonat l'hàbit, que aquests havien passat per una sèrie de situacions durant l'abandonament, les quals eren: pensar en deixar de fumar, decidir deixar de fumar, modificar activament la conducta i mantenir el nou estat (Prochaska i DiClemente, 1982; c.f. Prochaska i DiClemente, 1985). És a dir, l'abandó d'una conducta addictiva és entès en forma de procés, i per tant l'evolució es postula al llarg d'una sèrie de fases. D'aquest model se'n van desprendre 5 etapes (Prochaska i DiClemente, 1983):

- Precontemplació. El fumador no pensa en deixar de fumar.
- Contemplació. El fumador pensa en deixar de fumar però no ha fet cap esforç.
- Presa de Decisió. Temps des de que es decideix deixar de fumar fins al primer esforç.
- Canvi actiu. Temps des del primer esforç fins a dues setmanes després de l'última cigarreta.
- Manteniment. A partir de dues setmanes després de la darrera cigarreta.

3.1.1.1. Les Etapes i els Processos de Canvi

Les Etapes de Canvi

Les **Etapes de Canvi** esdevenen en la resolució d'un problema partint de la ignorància d'aquest, passant a considerar-lo, fent plans per a resoldre'l, actuant per a lluitar contra el problema un cop

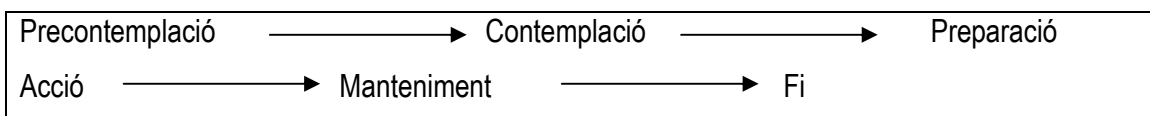
s'han reunit les forces suficients, i treballant per mantenir-se sense el problema un cop assolit el nou estat. Si es fracassa és possible que s'abandoni per un temps i es torni a començar de nou el procés de canvi. La clau per a l'èxit en l'abandonament d'una conducta es troba en saber en quina etapa ens trobem situats en relació al problema, ja que s'han evidenciat fracassos en cas d'intentar el canvi quan encara no s'hi està preparat, o bé si es destina molt de temps en tasques que ja estan dominades (com per exemple entendre el problema) ja que es pot ajornar indefinidament el canvi. Les Etapes de Canvi són (Prochaska, Norcross i DiClemente, 1994):

- Precontemplació. En aquesta etapa les persones no mostren intenció de canviar el seu comportament ja que sovint no tenen consciència del problema, tot i que en moltes ocasions el seu entorn sí percep la problemàtica amb claredat. I és l'entorn qui en algunes ocasions pressiona a la persona perquè acudeixi a teràpia la qual no acostuma a tenir èxit i quan les pressions externes cedeixen la persona torna a comportar-se tal i com ho feia anteriorment. Són persones que es resisteixen al canvi, no volen sentir, parlar o llegir sobre el seu problema perquè en ocasions no veuen esperança en la seva situació.
- Contemplació. Aquesta etapa vindria definida per la frase: "vull deixar d'estar enganxat". Els contempladors reconeixen que tenen un problema i comencen a pensar seriosament en posar-hi fi. En aquesta fase es lluita per entendre el problema, conèixer les causes i plantejar-se possibles solucions que probablement portin a terme en un termini aproximat de 6 mesos ja que actualment no se senten prou preparats per a executar l'acció. En la transició de l'etapa de Contemplació a la de Preparació esdevenen dos canvis fonamentals: es focalitza en la solució més que en el problema i es comença a pensar més en el futur que en el passat.
- Preparació. Les persones en aquesta etapa es plantegen el canvi en el proper mes. Un pas important en aquest estadi és anunciar la data en que es pretén iniciar l'acció que conduirà al canvi. En aquesta fase s'està compromès a dur a terme l'acció perquè ja s'hi està preparat. És propi de les persones en etapa de Preparació haver iniciat ja petits canvis de conducta tals com reduir lleugerament el consum.

- Acció. Fan el pas pel qual s'han estat preparant, és a dir arriba el moment en què es modifica el comportament i per tant es deixa de consumir. És l'etapa que requereix més esforç i suport però al mateix temps és la més visible per l'entorn i per tant és en la que s'obté més reforçament. Abarca els sis primers mesos del canvi.
- Manteniment. Consisteix en consolidar els guanys obtinguts en les etapes anteriors, així com lluitar per prevenir les possibles recaigudes. Es perllonga des dels sis mesos posteriors a l'abandonament de la conducta fins a la finalització.
- Finalització. Aquesta etapa és l'objectiu final de totes aquelles persones que es plantegen un canvi. Esdevé en el moment en que desapareix la temptació respecte la conducta que s'ha abandonat. El comportament no tornarà a aparèixer i la persona viu en plena confiança, sense por a les recaigudes. Aquesta etapa és qüestionada per alguns experts els quals neguen la seva existència, ja que suggereixen que un comportament no es pot donar per finalitzat sinó per controlat. Els autors acaben per afirmar que possiblement algunes conductes podrien donar-se per finalitzades mentre que d'altres podrien conservar-se tota la vida en etapa de Manteniment.

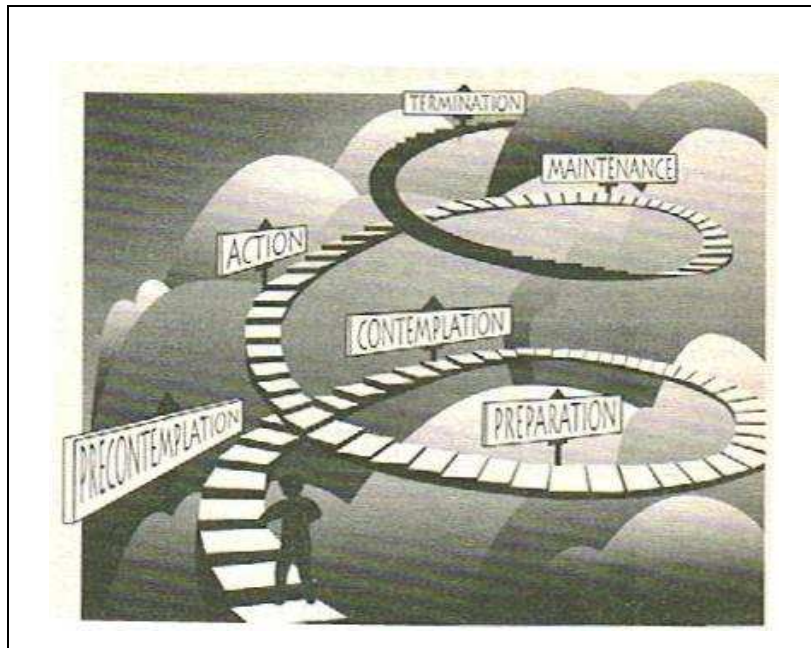
Inicialment, el model va ser creat pensant en un pas lineal d'unes etapes a les següents tal i com es mostra al quadre 3.1.1.1.1.

Quadre 3.1.1.1.1.: Exemplificació del pas lineal a través de les etapes.



Més tard els mateixos autors (Prochaska et al., 1994) van adonar-se que aquesta forma d'avançar per les etapes era possible si bé ocorre amb poca freqüència ja que en moltes ocasions després de l'etapa de Manteniment es recau i es retorna a etapes anteriors com la Contemplació o fins i tot la Precontemplació. Moltes persones que abandonen un hàbit, sovint ho aconsegueixen després de 2, 3 o més intents. Així doncs van apostar per un pas per les etapes en forma d'espiral el qual es mostra al quadre 3.1.1.1.2.

Quadre 3.1.1.1.2.: Pas en espiral a través de les etapes



Font: Prochaska et al. (1994).

Val a dir, però que el model més utilitzat correspon a la de les Etapes de Canvi proposades per Prochaska, Diclemente i Norcross (1992), el qual no contempla una etapa de finalització, essent per tant les etapes resultants:

- Precontemplació. La persona no es planteja un canvi seriós en la seva conducta en els propers 6 mesos.
- Contemplació. La persona es planteja seriosament canviar la seva conducta en els propers 6 mesos.
- Preparació. La persona es planteja seriosament abandonar el consum de tabac en els propers 30 dies i ha fet un intent d'abandonament previ al llarg del darrer any.
- Acció. La persona ha abandonat el consum de tabac i es manté abstinent des de fa menys de 6 mesos.
- Manteniment. La persona porta més de 6 mesos sense fumar.

Per a més informació sobre les variacions en les etapes proposades al llarg del desenvolupament del MTC es pot consultar el treball de Font-Mayolas (2004).

Les transformacions que s'han realitzat al MTC responen també a l'aplicació del model, ja no només pel cas del tabac sinó la seva generalització a altres tipus de conductes tals com el control del pes, l'ús de preservatiu, la protecció solar, l'exposició al gas rando, la prevenció en metges fumadors, la realització de dietes riques en greixos, les conductes delictives en adolescents, les relacions sexuals protegides, l'exercici físic i el test de la mamografia (Prochaska et al., 1994).

Tot i que inicialment el model va ser creat amb l'objectiu d'explicar el consum de tabac, més tard s'ha aplicat a l'ús d'altres substàncies com l'alcohol (Figlie, Dunn i Laranjeira, 2005; Migneault, Pallonen i Velicer, 1997; Prochaska, Prochaska, Cohen, Gomes, Laforge i Eastwood, 2004; Share, McCrady i Epstein, 2004), el cànnabis (Callaghan, Taylor, Moore, Jungerman, Vilela i Budney, 2008; Cebrián, Font-Mayolas, Gras, Gómez i Sullman, 2008) i la cocaïna (Prochaska et al., 1994) en consonància amb la idea que un model global ha de ser aplicable a les diverses conductes addictives que els individus desitgin canviar (Prochaska i Prochaska, 1993).

Els Processos de Canvi

Prochaska, esperonat per la idea d'un professor a la universitat que afirmava que tota teràpia produeix favorables i semblants resultats, i davant el fet que ningú encara havia demostrat que una única aproximació terapèutica era superior a les demés, es va plantejar la forma d'integrar les teories existents fins el moment (Psicoanalítica, Conductisme, Teràpia Cognitiva, Anàlisi Existencial i Humanisme) en un únic model psicoterapèutic, tot i que alguns autors afirmaven que aquest fet resultaria del tot impossible. Va començar per cercar els elements comuns de la majoria de teràpies i va portar a terme un estudi *cross-cultural* de les diferents escoles de la psicologia. Al finalitzar l'estudi s'havia recollit una llista de **Processos de Canvi** útils en diferents teràpies, que un cop organitzades van donar lloc al llibre *Systems of Psychotherapy* (1979). Els Processos de Canvi es defineixen com: "qualsevol activitat iniciada que ajuda a modificar els pensaments, els sentiments o el comportament" (Prochaska et al., 1994, pp.25). Són processos comuns entre aquelles persones que abandonen un hàbit i inicialment van servir per descriure la deshabitució de la conducta de fumar (Prochaska i DiClemente, 1982; c.f. Prochaska i

DiClemente, 1983). A la taula 3.1.1.1.1. es presenten els Processos de Canvi detectats en relació a les principals teories de psicoteràpia, així com el seu principal objectiu i les tècniques majorment emprades.

3. Models explicatius del consum d'alcohol

Taula 3.1.1.1.1.: Processos de canvi, objectius i tècniques principals en relació a les teories de procedència

TEORIA	AUTOR PRINCIPAL	TÈCNiques REPRESENTATIVES	PROCÉS DE CANVI	OBJECTIU	TÈCNiques PRINCIPALS
Psicoanàlisi	Sigmund Freud Carl Jung	Anàlisi de la resistència Lliure associació Interpretació de somnis	Conscienciació	Augmentar la informació sobre un mateix i el problema	Observacions Confrontacions Interpretacions Biblioteràpia
			Activació emocional	Experimentar i expressar sentiments sobre els propis problemes i les solucions	Psicodrama Pèrdua d'aflicció Representació de rols
Humanista/ existencial	Carl Rogers Rollo May	Clarificació i reflexió Empatia Experiència lliure	Alliberació social	Incrementar les conductes socials alternatives no problemàtiques	Defensar els drets dels reprimits. Autoritzar intervencions policials
			Compromís	Escollir i comprometre's a actuar o pensar en el canvi	Teràpia de presa de decisions Propòsits d'any nou Logoteràpia
			Relacions d'ajuda	Fer ús de l'ajuda d'algú que es preocupi	Aliança terapèutica Suport social Grups d'autoajuda
Gestalt/ Experimental	Fritz Pearls Arthur Janov	Feedback Confrontació Clarificació	Autorevaluació	Avaluar sentiments i pensaments sobre un mateix respecte al problema	Clarificació de valors Imaginació Correcció d'experiències emocionals
			Activació emocional	Experimentar i expressar sentiments sobre els propis problemes i les solucions	Psicodrama Pèrdua d'aflicció Representació de rols

3. Models explicatius del consum d'alcohol

Cognitiva	Albert Ellis Aaron Beck	Educació Identificació de pensaments erronis Reestructuració cognitiva	Contracondicionament	Substituir les conductes problema per alternatives	Relaxació Desensibilització Assertivitat Expressions positives sobre un mateix
			Autorevaluació	Avaluar sentiments i pensaments sobre un mateix respecta al problema	Clarificació de valors Imaginació Correcció d'experiències emocionals
Conductual	B.F. Skinner Joseph Wolpe	Assertivitat Relaxació Maneig del Reforç Autocontrol	Control d'estímul	Evitar estímuls que provoquen la conducta problema	Reestructuració ambiental Evitar les senyals d'alt risc
			Reforçadors	Recompensar-se un mateix o ser recompensat per altres per fer canvis	Contractes de contingències Reforçament directe i encobert
			Contracondicionament	Substituir les conductes problema per alternatives	Relaxació Desensibilització Assertivitat Expressions positives sobre un mateix

Adaptat Prochaska et al. (1994).

En primer lloc aquests processos eren cinc: Aflorament de la consciència, Catarsis, Compromís, Estímul Condicionats i Control de Contingències (Prochaska, 1979; c.f. DiClemente i Prochaska, 1985). Més endavant van ser ampliat a 10 processos, els quals s'esmenten a continuació cercant exemples aplicats a la conducta d'estudi de la present recerca (Prochaska i DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1994):

- Conscienciació (Consciousness raising). Consisteix en buscar informació relacionada amb un mateix o amb la conducta problema per tal de fer "conscient allò inconscient". Per exemple es pot cercar informació sobre els efectes que l'alcohol genera sobre l'organisme. És el procés usat més àmpliament, tot i que hi predominen els contempladors.

- Auto-alliberació (Self-liberation). És el coneixement de que un mateix és l'únic responsable del canvi, és a dir, que cadascú és capaç de respondre, parlar i actuar en relació al canvi. El primer pas és privat, i té lloc parlant amb un mateix sobre la voluntat de canviar. El segon pas implica l'anunci públic de la decisió ferma que s'ha pres en relació a l'hàbit. Aquest pas comporta una pressió afegida atès que en cas de no complir o no tenir èxit amb el canvi un es pot sentir avergonyit davant aquells als quals s'havia promès l'acció. Per tant els compromisos fets públics acostumen a tenir major poder que aquells que es fan de forma íntima amb un mateix. Són aquells en etapa d'Acció els que fan un major ús d'aquest procés.

- Alliberació Social (Social Liberation). Implica l'ús d'alternatives que provenen de l'ambient extern que poden ajudar a iniciar o mantenir el canvi. N'és exemple l'assistència als espais públics on no es ven alcohol. En provenir de l'exterior es percep de forma diferent en funció de l'etapa en què s'estigui situat, per exemple hi ha persones que rebutgen i es posicionen en contra de les festes o locals sense alcohol.

- Auto-revaluació (Self-reevaluation). Es tracta de fer una avaluació reflexiva i emocional sobre un mateix i respecte al problema. Per exemple, a algunes persones la dependència a l'alcohol les fa sentir tristes i poden pensar que la vida serà millor sense

aquesta conducta. Per altra banda també es tracta de valorar els pros i els contres d'abandonar l'hàbit en relació als costos del canvi, el plaer, el temps, l'energia, l'estrès, la imatge etc. És més probable el seu ús per part de persones en etapes de Contemplació i Acció.

- Reavaluació Ambiental (Environmental Reevaluation). Consisteix en parar-se a pensar que l'alcohol està afectant negativament l'ambient.
- Contracondicionament (Counterconditioning). Substituir la conducta problemàtica per alternatives saludables en el moment en que se sent la temptació de consumir. Per exemple en lloc de prendre alcohol quan algú se sent ansiós amb la finalitat de relaxar-se, una alternativa pot ser fer esport. Cadascú ha de buscar les seves alternatives particulars. Aquest procés és propi de persones en la fase d'Acció o Manteniment.
- Control d'Estímuls (Stimulus Control). Es tracta d'evitar o limitar l'estímul que fa recordar la conducta. Per exemple eliminar tot l'alcohol de casa podria ser una tècnica en aquest cas. Aquest procés és característic de l'etapa d'Acció i Manteniment.
- Maneig del Reforç (Reinforcement Management). Ser recompensat pels altres o per un mateix pel canvi. Per exemple la família o els amics poden emetre reforços verbals o no verbals a la persona que ha abandonat l'hàbit de beure alcohol. Usat majoritàriament en l'etapa d'Acció.
- Alleujament per Dramatització (Dramatic Release o Catharsis). Commoció o experiència emocional significativa, sovint sobtada, en relació al problema en qüestió. L'emoció pot emergir de les situacions de la vida (per exemple que un familiar proper sigui diagnosticat d'una cirrosi hepàtica) o bé creades a partir de simulacions (anuncis, campanyes, etc.). Aquest procés pren especial rellevància en les primeres etapes.

- Relacions d'Ajuda (Helping Relationships). Rebre suport o assistència de persones significatives en forma de cura, comprensió i acceptació. Pot ser un exemple tenir algú amb qui parlar sobre la conducta quan es necessita. Les persones en l'estadi d'Acció l'utilitzen en major mesura.

Els processos van patir algunes modificacions en la versió de Prochaska et al. (1994) de tal manera que va desaparèixer la Reavaluació Ambiental i alguns noms van ser transformats. Els autors afirmen que existeixen més processos, però els 10 proposats són els més utilitzats i poderosos elements de canvi usats pels professionals i les persones que han abandonat l'hàbit per si sols amb èxit.

Aquests processos van ser analitzats per dues conductes més, a banda del canvi en l'hàbit de fumar, com són el control del pes i els trastorns de l'estat d'ànim com la depressió i l'ansietat. Sis dels deu processos esmentats anteriorment van resultar comuns en les tres conductes, essent: Conscienciació, Auto-alliberació, Maneig del Reforç, Control d'Estímuls, Alleujament per Dramatització i Relacions d'Ajuda. Tot i que cada un d'ells era utilitzat en major o menor mesura segon la conducta en qüestió (Prochaska i DiClemente, 1985).

Els autors Prochaska i DiClemente (1983) van detectar relació entre les etapes i els Processos de Canvi. En aquest sentit, la Conscienciació és el procés usat més àmpliament, tot i que centralitzat per etapes predomina en els contempladors. L'Alliberació Social és el procés amb més amplitud d'ús ja que sol ser emprat en totes les etapes, excepte en la de Manteniment. En relació a l'Auto-reavaluació, és més probable el seu ús per part de persones en etapes de Contemplació i Acció, talment com el procés d'Alleujament per Dramatització, el qual s'usa de forma majoritària en les primeres etapes. Les persones en etapa d'Acció fan un major ús dels processos: Auto-alliberació, Maneig de Contingències i Relacions d'Ajuda, mentre que els processos de Contracondicionament i Control d'Estímuls són propis de les dues darreres etapes, és a dir, novament la d'Acció i la de Manteniment. Al quadre 3.1.1.1.3. es presenta la relació entre els Processos i les Etapes de Canvi (Prochaska et al. (1994).

Quadre 3.1.1.1.3.: Relació entre Etapes i Processos de Canvi

Precontemplació	Contemplació	Preparació	Acció	Manteniment
Conscienciació				
Alliberació social				
Alleujament per dramatització				
Auto-reavaluació				
Autoalliberació				
			Maneig de Contingències	
			Contracondicionament	
			Control d'estímuls	
			Relacions d'ajuda	

Adaptat Prochaska et al. (1994).

Posteriorment Fava, Velicer i Prochaska (1995) van agrupar els Processos de Canvi en dos blocs:

- Experiencials: Conscienciació, Reavaluació Ambiental, Autoreavaluació, Alliberació Social i Alleujament per Dramatització.
- Conductuals: Relacions d'Ajuda, Autoalliberació, Contracondicionament, Maneig de Cotingències i Control d'Estímuls.

Els autors Callaghan i Herzog (2006) van voler comprovar si realment els Processos de Canvi actuaven com els motors que faciliten el moviment per les Etapes de Canvi en una mostra de treballadors de la *Brown University School of Medicine/The Miriam Hospital* al llarg de dos anys. Els resultats indicaren que aquells que van experimentar una transició de l'etapa de Precontemplació a la de Contemplació van mostrar un ús incrementat dels Processos de Canvi experiencials (Conscienciació i Auto-reavaluació) al cap de dos anys, mentre que aquells que es van mantenir en l'etapa de Precontemplació no van mostrar diferències significatives a través del temps ni pel que respecta als processos experimentals ni comportamentals (Contracondicionament, Maneig de Contingències, Auto-alliberació i Control d'Estímuls). Malgrat

tot, aquells que van progressar de l'etapa de Contemplació a la de Preparació no van manifestar un increment de l'ús dels processos transcorreguts els dos anys en comparació amb les persones que van romandre a l'etapa de Contemplació.

Un any més tard Sun, Prochaska, Velicer i Laforge (2007) analitzaren els processos de canvi aplicats a 4,144 persones que havien aconseguit deixar de fumar, havien recaigut després de l'intent d'abandonar el tabac o bé eren fumadors en actiu. Els resultats mostraren un decrement en l'ús de processos experiencials (cognitius, afectius i efectius) i un increment dels processos comportamentals (per exemple el control d'estímuls) en els exfumadors. Per altra banda, aquells que van fracassar en els seus intents de cessar l'hàbit tabàquic utilitzaren en major mesura: l'alleujament per dramatització, l'auto-reavaluació, la reavaluació ambiental, les relacions d'ajuda i l'auto-alliberació, el que indica que els que recauen no ho fan pel poc treball, ni per tant per falta de motivació, sinó que possiblement els falta una adequada preparació per una cessació efectiva. Aquesta conclusió sorgeix de la comparació amb els exfumadors, ja que els que recauen no disminueixen la seva confiança en l'auto-reavaluació, al mateix temps que no incrementen l'ús del control d'estímuls ni el contracondicionament, és a dir, els cal un millor assessorament de l'ús dels processos per a que siguin eficaços. Per altra banda, els fumadors van mostrar un patró força estable de l'ús dels processos de canvi al llarg dels 24 mesos de durada de l'estudi.

3.1.1.2. El Balanç Decisional

Prochaska i Prochaska (1993) declararen que atès que el canvi és un fenomen dinàmic i obert, un model global de canvi ha d'estar obert al progrés, incorporant les noves variables que es van trobant integrades en la forma que els individus modifiquen les conductes addictives.

En aquest sentit, el MTC incorporà el constructe del **Balanç Decisional** creat pels autors Janis i Mann (1977). Aquests, dins la Teoria del conflicte afirmaven que davant una presa de decisió es tenen en compte els antecedents i les conseqüències. Al mateix temps proposaren el concepte de Balanç Decisional que consisteix en la valoració dels guanys i les pèrdues que s'obtidran a l'hora de fer o mantenir una conducta i que classifiquen en:

- Guanys i pèrdues utilitàries per un mateix. Per exemple: “em sento relaxat i a gust quan estic fumant” o bé “fumar cigarretes és perillós per a la meua salut”.
- Guanys i pèrdues utilitàries per les persones significatives. Per exemple: “el fum de la meua cigarreta molesta als demés” o bé “si intento deixar de fumar probablement estaré irritable i seré un incordi pels demés”.
- Auto-aprovació o auto-desaprovació. Per exemple: “m’agrada la imatge del fumador de cigarretes” o “em molesta haver de fumar”.
- Aprovació o desaprovació per part de les persones significatives. Per exemple: “a la meua família els agrado més quan estic fumant feliçment que no pas quan miserablement estic provant de deixar-ho” o “la gent propera a mi desaprova que fumi”.

Velicer, DiClemente, Prochaska i Brandenburg (1985) van aplicar el concepte de Balanç Decisional sobre la conducta de fumar a una mostra de 960 subjectes, els quals van respondre el *Decisional Balance Questionnaire*, test que explora les quatre categories de conseqüències abans esmentades. Després d’aplicar una anàlisi de components principals es van detectar dues components significatives: l’una en relació als aspectes negatius de fumar que els autors van anomenar Escala de Contres i l’altra en referència als aspectes positius o Escala de Pros.

En el mateix estudi, Velicer et al. (1985) van intentar relacionar el Balanç Decisional amb les Etapes de Canvi obtenint diferències significatives: aquells qui van atorgar més importància als pros de fumar foren els que es trobaven situats en les etapes de Motivats, Contempladors i Recaiguts en relació als Abandonadors Recents. En el sentit contrari, els No Motivats i els Abandonadors a Llarg Termini van donar menys importància als contres de fumar que els Contempladors i els Recaiguts. Per tant, en els no Motivats hi predominen els pros de fumar, en els Contempladors i Recaiguts pros i contres es troben equilibrats i en els Abandonadors Recents i a Llarg Termini hi dominen els contres.

El 1994 en el llibre *Changing on Good* Prochaska et al., sostenen que la presa de decisions, per tant la valoració dels pros i els contres de la conducta, és la clau pel pas de l’etapa de Contemplació a la preparació per l’Acció. Així presenten una escala de Balanç Decisional

formada pels pros i contres de la conducta de beure alcohol aplicada al cas d'una dona consumidora d'aquesta substància, distribuïts en les quatre categories: conseqüències per un mateix, conseqüències pels altres, reaccions d'un mateix i reaccions dels altres tal i com es mostra a la taula 3.1.1.2.1.

Taula 3.1.1.2.1.: Escala de Balanç Decisional (Prochaska et al., 1994).

	PROS	CONTRES
Conseqüències per un mateix	Millora de la salut Increment de la felicitat Més diners Més èxit marital	Perdre alguns amics Menys temps amb la família Pèrdua del "medicament de l'estat d'ànim" Haver de trobar altres coses per fer
Conseqüències pels altres	Els fills poden confiar en mi El meu marit estarà més feliç El meu cap a la feina pot comptar amb mi	Alguns amics o familiars se sentiran intimidats La família no està acostumada a tractar amb els meus estats d'ànim i haurà d'aprendre a fer-ho
Reaccions d'un mateix	Veure's amb autodeterminació Veure's responsable Veure's que no necessita una crossa	Veure's a un mateix menys divertit Veure's amb més mal humor Veure's com un estrany Veure's a un mateix com envelleix
Reaccions dels altres	Els fills estaran orgullosos de mi El marit estarà més encantat també Els altres tornaran a confiar en mi	Què diran els amics? Potser ells diran: em fa por beure, sóc menys sociable, sóc diferent

Segons Prochaska et al. (1994) és important no oblidar o infraestimar els pros ja que aquests tenen un gran pes i possiblement siguin els responsables de que no s'hagi abandonat la conducta amb anterioritat. En cas d'ignorar-los és probable que la persona passi un mal temps i el canvi estigui mal preparat. Un cop realitzada la llista del Balanç Decisional es recomana avaluar-la i en cas de que els pros tinguin un major pes que els contres no s'està preparat per avançar de l'etapa de Preparació. Així doncs, la millor opció pel pas a l'etapa d'Acció és tenir els pros del canvi més elevats que els contres. Més tard mitjançant l'anàlisi de 12 conductes diferents al consum de tabac s'observà que en totes elles els contres de canviar eren més important que els pros per les persones en l'etapa de Precontemplació, fet contrari entre aquells que es trobaven situats en l'etapa d'Acció (en 11 dels 12 problemes analitzats). Així doncs els autors van poder arribar a la conclusió que els pros de canvi sempre augmenten de la

Precontemplació a la Contemplació, mentre que en aquestes etapes els contres no tenen encara especial rellevància. Paral·lelament els contres de canviar pateixen una evolució decreixent de la Contemplació a l'Acció. Per altra banda, el que van observar els autors va ser que els pros augmentaven més ($M = 10$ T punts¹², $DT = 1$) del que descendien els contres ($M = 4.96$ T punts, $DT = 0.5$). És a dir, aquells que es troben en l'etapa de Precontemplació és probable que percebin en major mesura els contres del canvi que els pros. Ara bé, necessitaran incrementar els pros del canvi el doble del que els caldrà disminuir els contres. Per tant, els Processos de Canvi aplicats en les primeres etapes tenen el màxim impacte en els pros, i els processos que s'apliquen en les etapes de Preparació i Acció tenen el major efecte sobre els contres.

A continuació Prochaska et al. (1994) proposen un llistat de pros i contres del canvi per tal de ser valorats en una escala tipus *Likert* on: 1 = No és important, 2 = Lleugerament important, 3 = Una mica important, 4 = Força important i 5 = Molt important (taula 3.1.1.2.2.). La puntuació mitjana dels pros del canvi detectada en les persones en l'etapa de Precontemplació és de 21 punts ($DT = 7$), si bé els contempladors, per la seva banda, puntuen una mitjana de 21 punts en els contres del canvi ($DT = 8$).

Taula 3.1.1.2.2.: Llistat de pros i contres.

PROS	PUNTUACIÓ	CONTRES	PUNTUACIÓ
Gaudiré de millor salut		Alguna gent pensarà menys en mi	
Algunes persones se sentiran millor amb mi		Canviar comporta un munt de temps	
Canviar em farà sentir millor amb mi mateix		Sóc conscient de que puc recaure	
Funcionaré millor		Canviar comporta molt d'esforç i energia	
Estaré més content		Hauré de deixar algunes coses que m'agraden	
Algunes persones podran estar més còmodes amb mi		Obtinc beneficis de la meva conducta actual	
Em preocuparé menys		Algunes persones es beneficien de la meva conducta actual	
Alguna gent estarà més contenta		Algunes persones estaran incòmodes	
Total		Total	

Adaptat Prochaska et al. (1994).

¹² T punts: La puntuació T és una escala derivada amb mitjana igual a 50 i desviació típica igual a 10.

Els autors Font-Mayolas, Planes, Gras i Sullman (2007) analitzaren els pros i contres de fumar en funció de la l'Etapa de Canvi en una mostra de 177 adults. Els resultats revelaren un efecte d'interacció entre les variables de manera que en l'etapa de Precontemplació es van percebre majors pros que contres, fet que s'invertí en les etapes de Contemplació-Preparació, tornant a detectar un major pes dels pros en les etapes d'Acció-Manteniment. Aquest fet pot deure's a que els ex fumadors un cop abandonat l'hàbit de consum consideren els aspectes positius del tabac com una forma d'autoreforçament de la seva autoimatge.

Existeixen també estudis centrats en l'anàlisi dels pros i contres en el cas concret del consum d'alcohol. Els autors Share et al. (2004) van aplicar el Balanç Decisional a una mostra de 119 dones en tractament per la seva dependència a l'alcohol. Van detectar que les participants en etapa de Precontemplació mostraven una major percepció dels costos del canvi i una menor diferència entre beneficis i costos. En canvi les pacients situades en l'etapa d'Acció percebien menors costos del canvi i una major diferència entre els costos i els beneficis, mentre que aquelles en l'etapa de Contemplació no mostraven diferències en el Balanç Decisional. Així doncs, la percepció de la importància relativa dels pros i contres del canvi sembla estar associada amb la presa de decisió sobre l'acció.

3.1.1.3. El concepte d'Autoeficàcia i les Situacions de Temptació

L'**Autoeficàcia**, concepte desenvolupat per Bandura i Walters (1979) (veure apartat 3.2.2.1.) fa referència a la creença personal del subjecte de que pot executar amb èxit la conducta necessària per produir un resultat. Aquest concepte està relacionat amb l'autoestima i l'autoconfiança i pot ser una ajuda per tal d'avaluar-se a un mateix. A mesura que es va portant a terme el canvi en l'abandonament d'una conducta addictiva la confiança va augmentant acompanyada també dels nivells d'autoeficàcia (Prochaska et al., 1994).

DiClemente (1981) va decidir passar un qüestionari d'Autoeficàcia (*Self-Efficacy Questionnaire*) a 63 fumadors que havien abandonat l'hàbit en les darreres quatre setmanes sense ajuda professional. Es demanava als participants que valoressin el grau de seguretat en que podien evitar fumar en cada una de les situacions que s'esmenten a la taula 3.1.1.3.1. en una escala de "completament segur" a "completament insegur". Cinc mesos més tard es va tornar a contactar amb els subjectes per a realitzar un seguiment de la conducta. Es va observar que les persones

que es mantenen abstinents al cap de 5 mesos havien presentat majors puntuacions d'autoeficàcia a l'inici vers aquelles que havien recaigut.

Taula 3.1.1.3.1.: Qüestionari d'Autoeficàcia.

ÍTEMS
1. Quan estic sol i em sento deprimat
2. Quan estic nerviós
3. Amb amics en una festa
4. Bevent cafè mentre parlo i em relaxo
5. Amb la meua parella o amb un amic proper que estigui fumant
6. Al treball quan estic experimentant alguna pressió en la meua feina
7. Al bar o a una sala de còctel prenent alguna beguda
8. Quan em llevo al matí i he d'afrontar un dia dur
9. Quan estic content i de celebració
10. Quan estic avorrit i no tinc res per fer
11. Quan experimento una crisi emocional del tipus d'un accident o una mort en la família
12. Quan veig que estic guanyant pes

Adaptat DiClemente (1981)

Prochaska et al. (1994) proposen que aquells en etapa de Manteniment elaborin una llista de situacions en que se sentin temptats a realitzar el comportament. A continuació suggereixen puntuar cada situació amb una escala de l'1 al 10 amb la valoració de la confiança que es té d'actuar de la manera que desitja (on 1 = gens de confiança i 10 = extrema confiança). D'aquesta forma, es poden analitzar les situacions que comporten una menor confiança de resistir i per tant, preparar-se adequadament per prevenir possibles recaigudes.

L'autoeficàcia augmenta a mesura que les persones progressen per les Etapes de Canvi de manera que esdevenen els majors increments en l'etapa d'Acció i Manteniment. Una forma d'incrementar l'autoeficàcia consisteix en aplicar un enfoc basat en etapes que augmenti la confiança de la població al passar d'una etapa a la següent (Prochaska et al., 2004).

En relació al consum d'alcohol, l'autor Flórez-Alarcón, l'any 2001, va analitzar una mostra d'estudiants universitaris colombians i consumidors d'alcohol amb el propòsit de classificar-los en les etapes del Model Transteòric, així com estudiar la relació entre el Balanç Decisional, les Situacions de Temptació, l'Autoeficàcia i altres variables com: la importància atribuïda a l'alcohol, la disponibilitat al canvi, el tipus de consum i el gènere dels participants. A tal efecte va administrar un qüestionari (Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso de Alcohol

anomenat, CEMA) que inclou ítems per avaluar totes les variables esmentades, a 500 estudiants. La majoria dels joves se situaren en l'etapa de Precontemplació (65%), seguits per aquells en etapa de Contemplació (18%), mentre que un 17% se sentia Preparat per abandonar el consum. Es va detectar una clara associació entre l'abús d'alcohol, la importància atribuïda al consum i les temptacions per consumir, de manera que aquestes tres variables mostraven puntuacions inferiors en els subjectes en l'etapa de Preparació en comparació amb aquells situats en la Contemplació. Simultàniament el Balanç Decisionsal era més elevat a mesura que els subjectes avançaven per les etapes (de Precontemplació a Contemplació i també de Contemplació a Preparació). No obstant, l'Autoeficàcia no va mostrar diferències a través de les etapes essent alta en totes tres. Per altra banda, s'insinuà la presència de possibles subetapes dins les etapes pròpies del Model Transteòric atesa la significació d'algunes variables addicionals com el gènere, la motivació i la presència/absència de plans concrets per a portar a terme el canvi que funcionaren com a criteri diferencial en el Balanç Decisionsal i la disponibilitat al canvi. En essència, aquests dos factors van mostrar majors puntuacions entre aquells subjectes en etapa de Preparació. Al mateix temps, la importància atribuïda al consum, les Temptacions i l'Autoeficàcia mostraren aquest patró quan es prenen com a variables discriminants del tipus de consum (baix, moderat o alt), el que suggereix la possibilitat d'ajustar subgrups de tractament. Concretament, en relació al **gènere** els homes van puntuar de forma més elevada en la importància de la substància, en la disponibilitat al canvi i en el Balanç Decisionsal. Si ens referim al **tipus de consum**: les puntuacions en la importància a la substància decreixien a mesura que ho feia el nivell de consum; el mateix va succeir pel cas de les temptacions. En relació a l'Autoeficàcia, se'n va detectar un major grau entre els que efectuaven consums moderats. Per altra banda, aquells subjectes que van puntuar en la variable **motivació pel canvi** van mostrar pros elevats en el Balanç Decisionsal. I si fem referència a la **planificació pel canvi**, es detectaren puntuacions elevades en el Balanç Decisionsal i en la disponibilitat al canvi en aquells que ja tenien una planificació per modificar la seva conducta. Per altra banda aquest autor va concloure que la classificació per etapes es podia realitzar tenint en compte com a criteri suficient la temporalitat de la persona en relació al canvi de conducta, sense necessitat de tenir en compte altres criteris poc rellevants com l'haver realitzat intents sense èxit d'abandonament del consum durant un mínim de 24 hores al llarg dels darrers 12 mesos. Aquest criteri és poc significatiu pel consum d'alcohol atès que en moltes ocasions els joves efectuen consums que no són diaris i per tant de forma habitual ja existeixen períodes d'abstinència superiors.

Novament, però en la conducta de fumar, els autors Font-Mayolas, Gras, Planes i Gómez (2008) van observar la inadequació dels intents previs per deixar de fumar en el canvi de conducta. L'estudi de 366 treballadors de la Universitat de Girona va desvetllar que un 72.6% dels fumadors havien realitzat algun intent d'abandonament del consum de tabac durant el darrer any de com a mínim 24 hores, existint diferències en funció de l'Etapa de Canvi. Concretament, havien realitzat intents d'abandonament: el 72.7% de persones en etapa de Precontemplació, el 68.8% d'aquells situats en la Contemplació i tots els participants en etapa de Preparació, ja que aquest és un criteri per a formar part d'aquesta etapa. Simultàniament, els ex fumadors en etapa de Manteniment van informar en major mesura haver realitzat un únic intent per deixar de fumar en comparació amb els ex fumadors en Acció. Els autors suggereixen que el fumador que recau, desanimat pel fracàs podria desistir de la idea de deixar de fumar en un futur. En la mateixa línia Chassin, Presson, Sherman i Kim (2002) sostenen que aquelles persones que recauen en el consum passen a percebre més beneficis psicològics de fumar i menys perill per la pròpia salut.

3.1.2. Model d'adquisició d'una conducta

El Model Transteòric de Canvi ha sofert altres variacions i adaptacions. En aquest sentit s'ha adaptat pel fet d'aplicar-se no només per explicar les etapes d'abandó d'un hàbit sinó també les d'adquisició. Va ser l'any 1987 quan Stern, Prochaska, Velicer i Elder van adonar-se de l'alarma que estava creant l'increment en la prevalença de fumadors entre la població adolescent, així com el desconeixement existent sobre l'efectivitat d'alguns programes preventius en relació amb qui tenien un major èxit i perquè. En aquest punt es plantejaren si les etapes que Prochaska i DiClemente (1983) havien proposat, amb èxit, per explicar l'abandonament del tabac en adults, podien aplicar-se també per entendre l'adquisició de l'hàbit en adolescents. Així doncs, van realitzar una recerca amb 202 estudiants de cinc escoles públiques diferents, als quals van administrar el *The Stages of Acquisition Questionnaire* (SAQ), format per 80 ítems, 20 representant cada etapa del procés d'adquisició: 1) Fuma actualment, 2) Intenció futura de fumar, 3) Actitud cap a fumar, valorant les conseqüències positives i negatives i 4) Gran plaer de fumar. Simultàniament, es va demanar als participants la seva experiència amb el tabac, actual i passada, així com la intenció futura de fumar. Al mateix temps, se'ls va administrar un qüestionari sobre pros (conseqüències positives, com per exemple l'aprovació social) i contres (conseqüències negatives centrades en el perill que representa per a la salut) de fumar basat en el test *Decisional Balance* (Velicer et al., 1985). Paral·lelament, se'ls va demanar que

contestessin una Escala de Plaer la qual avaluava el plaer subjectiu de fumar derivat d'una escala prèvia creada pels autors Wilcox, Prochaska, Velicer i DiClemente (1985; c.f. Stern, Prochaska, Velicer i Elder, 1987). I finalment se'ls va sotmetre a un test de saliva per analitzar la presència real de tabac. Després de les anàlisis estadístiques els autors concloueren que el SAQ havia resultat una mesura breu, altament fiable i vàlida. Així doncs van sorgir cinc etapes de l'adquisició del consum de tabac:

- Precontemplació. Els joves no han pensat en fumar o no tenen el desig de començar en un futur. Podrien ser persones que mai hagin fumat o ex fumadors. Desconeixen les raons positives per iniciar-se en la conducta de fumar o ignoren, o resisteixen, les pressions per fer-ho.
- Contemplació. Aquests no fumadors estan pensant en començar a fumar. Són conscients de les pressions per experimentar amb les cigarretes i han començat a percebre conseqüències positives del tabac.
- Presa de decisió. Aquests joves han començat a experimentar amb el tabac. No estan totalment compromesos amb fumar en un futur i estan decidint si aquesta conducta és o no idònia per a ells. Donen major importància als aspectes positius del tabac i poca als negatius. Actualment ja reben un mínim de plaer de la conducta de fumar.
- Acció. Aquests joves han començat a experimentar amb les cigarretes. No es mostren completament compromesos a fumar en un futur i estan actualment valorant si aquesta conducta és adequada per a ells. Col·loquen un major èmfasi en els aspectes positius de la conducta de fumar i pocs en els negatius. Reben poc plaer de fumar.
- Manteniment. Aquests adolescents fumen de forma regular i estan compromesos amb el tabac ara i en un futur. No mostren desig de deixar de fumar i obtenen plaer a través del consum d'aquesta substància, al mateix temps que atorguen un major pes a les conseqüències positives del tabac.

És clar doncs que la freqüència de consum i la intenció futura van conformar els factors amb major pes en l'adquisició de la conducta de fumar. Si bé, les actituds dels adolescents respecte

al tabac també mereixen consideració atès que mitjançant l'anàlisi clúster es va descobrir que els subjectes, en les cinc fases, no diferien quant a la percepció de les conseqüències negatives del tabac, o els riscos per a la salut, essent-ne conscients tant fumadors com no fumadors. Pel que respecta a les conseqüències positives, sí que es van descobrir diferències en funció de l'etapa d'adquisició de la que es formava part: els precontempladors perceben poques conseqüències positives. Es detecta un increment de les conseqüències positives percebudes a mesura que s'avança per les etapes de Contemplació, Presa de Decisió, Acció i Manteniment. Aquest fet porta als autors a suggerir que s'esperen diferències en l'efectivitat dels programes centrats en disminuir la percepció de conseqüències positives del tabac, depenent de l'etapa en què se situï cadascú. Per exemple, els joves en etapa de Precontemplació podrien beneficiar-se de programes enfocats a preparar-los contra futures pressions dels iguals, ja que actualment no mostren una influència elevada de les conseqüències positives. Per contra, les persones en etapa d'Acció podrien respondre positivament a campanyes dedicades a potenciar l'assertivitat i les habilitats socials per ajudar a contrarestar les conseqüències positives percebudes del tabac. Per altra banda, els subjectes situats en l'etapa de Presa de Decisió són els que reporten un major equilibri entre les conseqüències positives i negatives percebudes en relació al tabac. Per tant, a ells els serien d'ajuda programes relacionats amb la resolució de problemes i de presa de decisions. Els mateixos autors (Stern et al., 1987) proposen que seria interessant la creació d'un model similar destinat a l'estudi de l'adquisició del consum d'altres substàncies addictives tals com l'alcohol i la marihuana.

En aquesta línia, l'any 1994 els autors Werch i DiClemente, amb posterioritat a la revisió de diversos programes de prevenció del consum d'alcohol i altres drogues, i després d'observar la ineficàcia d'aquells centrats en coneixements/actituds i valors/presa de decisions, detectaren la necessitat de programes de prevenció globals, multicomponents i amb la integració de diversos models teòrics, per a ser efectius. Werch i DiClemente situaren el fracàs dels programes destinats a la prevenció del consum d'alcohol i altres drogues en l'assumpció que aquests fan de la generalització d'estratègies en la població, és a dir, consideraren que potser caldria atendre les diferències individuals pel que respecta als diferents nivells de risc del consum de drogues. Així doncs, i vista la poca atenció que havia rebut fins el moment l'adquisició del consum de substàncies, proposaren la creació d'un model de prevenció global, basat en etapes, creant subgrups en les accions preventives, i anomenat: Model d'Etapes Motivacional Multicomponent (McMOS). Les etapes són enteses com passos discrets que se succeeixen en el procés de tot canvi de comportament intencional, les quals tenen començament amb l'inici de consum d'una

droga, i finalitzen amb la modificació exitosa del seu ús. Els autors, prenent les etapes proposades per Prochaska i DiClemente (1983) en el model transteòric original, proposen 5 etapes per l'adquisició del consum de substàncies (Werch i DiClemente, 1994):

- Precontemplació. No pensa consumir.
- Contemplació. Pensa seriosament en el consum.
- Preparació. Té intenció de consum en un futur pròxim.
- Acció. S'ha iniciat en el consum.
- Manteniment. Continua consumint.

l és en la unió de les etapes d'adquisició i d'abandonament del consum on té inici el model McMOS. Per Werch i DiClemente (1994) aquest model per etapes dona l'oportunitat de crear programes d'intervenció específics per a cada fase.

Així doncs, l'adquisició de l'hàbit comporta implícit el nivell de prevenció primària del model, que consisteix en intentar evitar la progressió cap al consum, així com la regressió cap a l'etapa de Precontemplació de l'adquisició. La prevenció primària és el centre del model per la importància que representa com a primera línia de defensa en la prevenció del consum de drogues. Per contra, les etapes d'abandó d'hàbits suposen la prevenció secundària, en altres paraules, l'intent de progressió cap a la permanència en la fase de no consum (Manteniment). Aquestes línies de prevenció, però, seran efectives si es té en consideració l'etapa concreta en que es troba situada cada persona, així com el tipus de droga que consumeix. És en vista de la suma d'etapes que conformen el model (d'abandonament i d'adquisició), que els autors adverteixen de la naturalesa cíclica del canvi de comportament tant en l'adquisició com en l'abandonament d'una conducta. És a dir, quan una persona és consumidora d'una substància (etapa de Manteniment de l'adquisició), inicia al mateix temps l'etapa de Precontemplació de l'abandonament (no pensa en abandonar aquest hàbit). Posteriorment, per a abandonar l'hàbit haurà de passar per la resta d'etapes: pensar en deixar-lo (Contemplació), decidir-se a deixar-lo (Preparació), abandonar-lo (Acció) i mantenir-se abstinent (Manteniment d'abandonament). Ara bé, com que són pocs els

3. Models explicatius del consum d'alcohol

que aconseguen deixar el consum en el seu primer intent, el cicle d'abandonament és repetit diverses vegades fins que finalment s'assoleix l'abandonament definitiu d'acord amb el pas d'etapes en espiral proposat en el MTC.

Per altra banda, el model suposa que existeixen diversos factors implicats en el moviment d'unes etapes a les altres, que s'engloben bàsicament en tres teories comportamentals: el Model de Creences de Salut (Health Belief Model; Becker, 1974), la Teoria de l'Aprenentatge Social (Social Learning Theory; Bandura, 1986) i la Teoria de l'Autocontrol Comportamental (Behavioral Self-control Theory; Kanfer, 1975). A la taula 3.1.2.1. es mostren els constructes de les tres teories comportamentals implicades en l'evolució en les etapes.

Taula 3.1.2.1.: Constructes de les tres teories comportamentals implicades en les etapes de canvi.

TEORIA	CONSTRUCTE	ETAPES				
		PC*	C*	P*	A*	M*
Model de Creences sobre la Salut	Susceptibilitat percebuda	x	x	x		
	Severitat percebuda	x	x	x		
	Beneficis percebuts	x	x	x	x	
	Obstacles percebuts	x	x	x	x	
Teoria de l'Aprenentatge Social	Ambient ¹³	x	x	x	x	x
	Situació ¹⁴	x	x	x	x	x
	Capacitat de comportament ¹⁵			x	x	x
	Expectatives ¹⁶	x	x	x		
	Reforçadors ¹⁷	x	x	x		
	Aprenentatge observacional ¹⁸	x	x	x	x	x
	Autoeficàcia ¹⁹			x	x	x
	Respostes d'afrontament emocional ²⁰			x	x	x
Determinisme recíproc ²¹	x	x	x	x	x	
Teoria de l'Autocontrol Comportamental	Autocontrol		x	x	x	x
	Autoavaluació		x	x	x	x
	Autoreforçament			x	x	x

*PC= Precontemplació *C= Contemplació *P= Preparació *A= Acció *M= Manteniment

Font: Werch i DiClemente (1994).

¹³ Factors externs a la persona.

¹⁴ Percepció de l'ambient per part de la persona.

¹⁵ Coneixements i habilitats per a executar un comportament.

¹⁶ Resultats anticipats d'un comportament

¹⁷ El valor que una persona atorga a una determinada conseqüència.

¹⁸ Adquisició d'un comportament observant les conductes o els resultats del comportament d'algu altre.

¹⁹ Confiança de la persona en l'execució d'un comportament.

²⁰ Estratègies per manejar estímuls emocionals.

²¹ Interacció dinàmica de la persona, comportament i ambient.

El Model de Creences de Salut es troba implicat bàsicament en les tres primeres etapes (Precontemplació, Contemplació i Preparació), tot i que en el cas dels beneficis percebuts i els obstacles percebuts arriba fins l'etapa d'Acció. Pel que respecta a la Teoria de l'Aprenentatge Social, aquesta es troba vinculada a les cinc etapes, de forma clara entre els constructes: Ambient, Situació, Aprenentatge observacional i Determinisme Recíproc. Per altra banda, la Capacitat de comportament, l'Autoeficàcia i les Respostes d'afrontament emocional s'associen a les tres últimes etapes (Preparació, Acció i Manteniment). Finalment la Teoria de l'Autocontrol Comportamental està lligada a les tres (en el cas de l'Auto-reforçament) i quatre (en l'Autocontrol i Autoavaluació) darreres etapes. Així de forma genèrica, les Creences sobre la Salut estan vinculades al moviment per les primeres etapes motivacionals del consum de drogues, mentre que l'Autocontrol es reflecteix en les darreres. Per la seva banda, l'Aprenentatge Social estaria present al llarg del desenvolupament de les etapes. A partir d'aquest punt els autors Werch i DiClemente (1994) proposaren diferents estratègies d'intervenció i prevenció associades a les característiques de cada etapa, així com als constructes i teories que hi intervenen. Al mateix temps, van suggerir que caldria recollir anualment les distribucions de les etapes de consum a les escoles o grups de joves.

Tres anys més tard, els autors Migneault, Pallonen i Velicer (1997) van centrar els seus estudis específicament en l'adquisició del consum d'alcohol entre joves. Fins al moment el MTC només s'havia aplicat i mostrat útil per a explicar l'abandonament del consum d'alcohol en adults. Concretament, els autors van avaluar el consum excessiu d'alcohol (3 o més begudes per ocasió, pel fet de tractar-se d'adolescents) vinculat a les etapes del MTC i al **Balanç Decisional**, és a dir a la valoració de pros (increment de les relacions socials, del rendiment general, de la valentia i disminució de l'ansietat i de les preocupacions) i contres del consum (propicia dificultats intra i interpersonal, problemes amb l'autoritat, risc d'addicció i disminueix el rendiment acadèmic). Les etapes del MTC que s'empraren en aquest cas són: Precontemplació, Contemplació, Preparació i Acció, així com una cinquena etapa que equivaldria al Manteniment per l'adquisició i al mateix temps a l'estadi de Precontemplació per l'abandonament, a més de les següents etapes de Contemplació, Preparació, Acció i Manteniment per l'abandonament. Van participar a l'estudi 853 estudiants de secundària amb una edat mitjana de 16.6 anys (el 97.2% de la mostra es trobava entre els 15 i 18 anys). Es va detectar rellevància tant de les etapes analitzades com del Balanç Decisional en l'anàlisi del consum excessiu d'alcohol en població adolescent, assegurant que aquest últim és un element clau a l'hora d'entendre la presa de decisions d'aquesta població. Així com també s'observà una clara associació entre les etapes i el

Balanç Decisional. En aquest sentit, es va produir un creuament entre els pros i els contres en les etapes de Contemplació/Preparació tant per l'adquisició com per l'abandonament del consum excessiu d'alcohol. En l'adquisició, els pros es mostraren incrementats (en 1.06 *DT*) i els contres en el punt més baix (decreixement de 0.63 *DT*), coincidint aquest fet amb recerques anteriors de Prochaska et al. (1994), mentre que per l'abandonament del consum no s'observà aquest fenomen ja que es detectaren valors semblants en pros i contres (0.88 i 0.84 *DT* respectivament).

En aquesta mateixa línia, Johnson et al. (2006) van analitzar conjuntament el Balanç Decisional, les Situacions de Temptació i els Processos de Canvi (en aquest estudi anomenats Processos de Prevenció). L'estudi es va realitzar amb quatre mostres independents de participants no consumidors: 230 joves nord-americans d'Educació Primària que mai havien consumit alcohol, tabac o altres drogues; dues mostres d'estudiants nord-americans d'Educació Secundària: l'una formada per 111 alumnes dels primers cursos (mai havien pres alcohol, tabac, marihuana ni altres drogues) i l'altra per 72 dels darrers cursos (mai havien consumit alcohol), i finalment una mostra de 537 alumnes d'Anglaterra i Israel proporcionada per l'*European Drugs Project* els quals mai havien pres drogues a excepció de l'alcohol i el tabac. Els resultats permeteren extreure 4 perfils diferenciats d'alumnes, coincidents en les quatre mostres i vàlids tant pel consum d'una substància com de múltiples (tenint en compte l'alcohol, el tabac i les drogues il·legals):

- Els Més Protegits. Consisteix en un patró de "V" invertida amb alts pros de no consumir substàncies, baixos contres i baixes temptacions del consum. En aquest patró els pros del no consum superen els contres i no tenen temptacions. Aquest grup utilitza gran quantitat de Processos de Prevenció.
- Els Menys Positius. Es veuen representats per un patró en "V" amb els més baixos pros del consum de les substàncies. Tenen un Balanç Decisional negatiu amb els contres del no consum més elevats que els pros. Efectuen el menor ús dels Processos de Prevenció. La intervenció en aquest grup podria anar encaminada a incrementar els Processos de Prevenció.
- Els Més Temptats. En comparació amb els altres perfils mostren una puntuació elevada en les temptacions pel consum. El patró de Processos de Prevenció no va resultar

consistent, per tant situa els participants en risc de consum de substàncies. Les persones amb aquest perfil necessiten ajuda per reduir les temptacions en situacions d'alt risc i al mateix temps incrementar l'ús dels Processos de Canvi per equiparar-se als nivells dels Més Protegits.

- Els Més Negatius. Tenen la puntuació més alta en els contres per no consumir substàncies. Utilitzen menys Processos de Prevenció que els Més Temptats. Els contres de tenir un comportament saludable no estan tan estretament lligats amb l'adopció o el manteniment d'un comportament saludable com ho estan els pros i les temptacions.

Velicer, Redding, Anatchkova, Fava i Prochaska (2007) de nou van analitzar si existien perfils diferencials dins el grup en etapa de Precontemplació. S'estudià una mostra de 1,542 adolescents (amb una edat mitjana de 14.6 anys i $DT = 0.5$) que no havien provat mai el tabac i que no tenien intenció de consumir-ne en els propers 6 mesos, és a dir, que es trobaven en l'etapa de Precontemplació de l'adquisició. Van mesurar les següents variables: **Escala de Balanç Decisional** (avaluació dels pros i contres de fumar), **Test de Situacions de Temptació de fumar**, **Escala de suport familiar per no fumar** i **Escala de la influència d'amics**. Mitjançant l'aplicació d'una anàlisi de tipus clúster van descobrir quatre subgrups diferenciats dins l'etapa de Precontemplació:

- Protegits. Perceben molt pocs avantatges de fumar i molts contres. Puntuen de forma baixa en l'escala de temptacions al consum. D'altra banda, tenen molt suport familiar a casa per no fumar i molt pocs amics fumadors. Per tant, és el grup amb menys risc de passar en breu a un nou estadi del model de canvi.
- Alt Risc. Perceben molts pros de consumir i pocs contres, mentre que puntuen de forma elevada en l'escala de situacions de temptació de consum. Presenten poc suport familiar per no fumar i molts amics fumadors. És el grup amb més risc de passar en breu a una nova etapa del model de canvi més propera al consum.
- Ambivalents. Perceben molts pros al fet de fumar, però també molts contres i puntuen de forma baixa en l'escala de temptacions al consum. Presenten una situació intermèdia pel

que respecta al suport familiar per no fumar i a la influència d'amics. Per tant, mostren un risc moderat de canviar d'etapa.

- Risc Negat. Perceben pocs pros de fumar i molt pocs contres. Puntuen baix en l'escala de temptacions al consum. Per altra banda, reben poc suport familiar per no fumar. En canvi, tenen pocs amics fumadors. Se situen en una situació de risc anomenada ingènua o negadora.

A partir d'aquí, Velicer et al. (2007) van decidir realitzar un estudi longitudinal per tal de poder avaluar els casos d'aquells adolescents en que esdevenia un canvi d'etapa al llarg del temps i comprovar-ne la relació amb els subgrups clúster descoberts. En aquest sentit van observar que:

- Als dotze mesos: el grup que més es mantenia en etapa de Precontemplació era el Protegit i el que menys el d'Alt Risc. En situació intermèdia s'hi van trobar els grups Ambivalent i Risc Negat.
- Als 24 i als 36 mesos: el grup que més es mantenia en etapa de Precontemplació continuava essent el Protegit i els que menys: Alt Risc i Risc Negat, mentre que entremig se situava el grup Ambivalent.

Aquestes troballes apunten una possible via de predicció de consum futura a través de l'anàlisi de l'etapa de canvi i el clúster o subgrup dins aquesta. D'altra banda, obre un ventall de possibilitats de guies d'intervenció o prevenció específiques i adaptades a cada subgrup.

De forma similar els autors Huang, Hollis, Polen, Lapidus i Austin (2005) van analitzar el concepte de susceptibilitat dins les Etapes de Canvi en una mostra de 1,955 adolescents nord americans el qual va resultar predictor del consum juntament amb les Etapes de Canvi i de forma independent a elles. Es consideraren susceptibles aquells joves que responien afirmativament a les preguntes:

“Creus que provaràs el tabac en els propers 6 mesos? I en els propers 30 dies?”

“Si un dels teus millors amics t'oferís una cigarreta la provaries?”

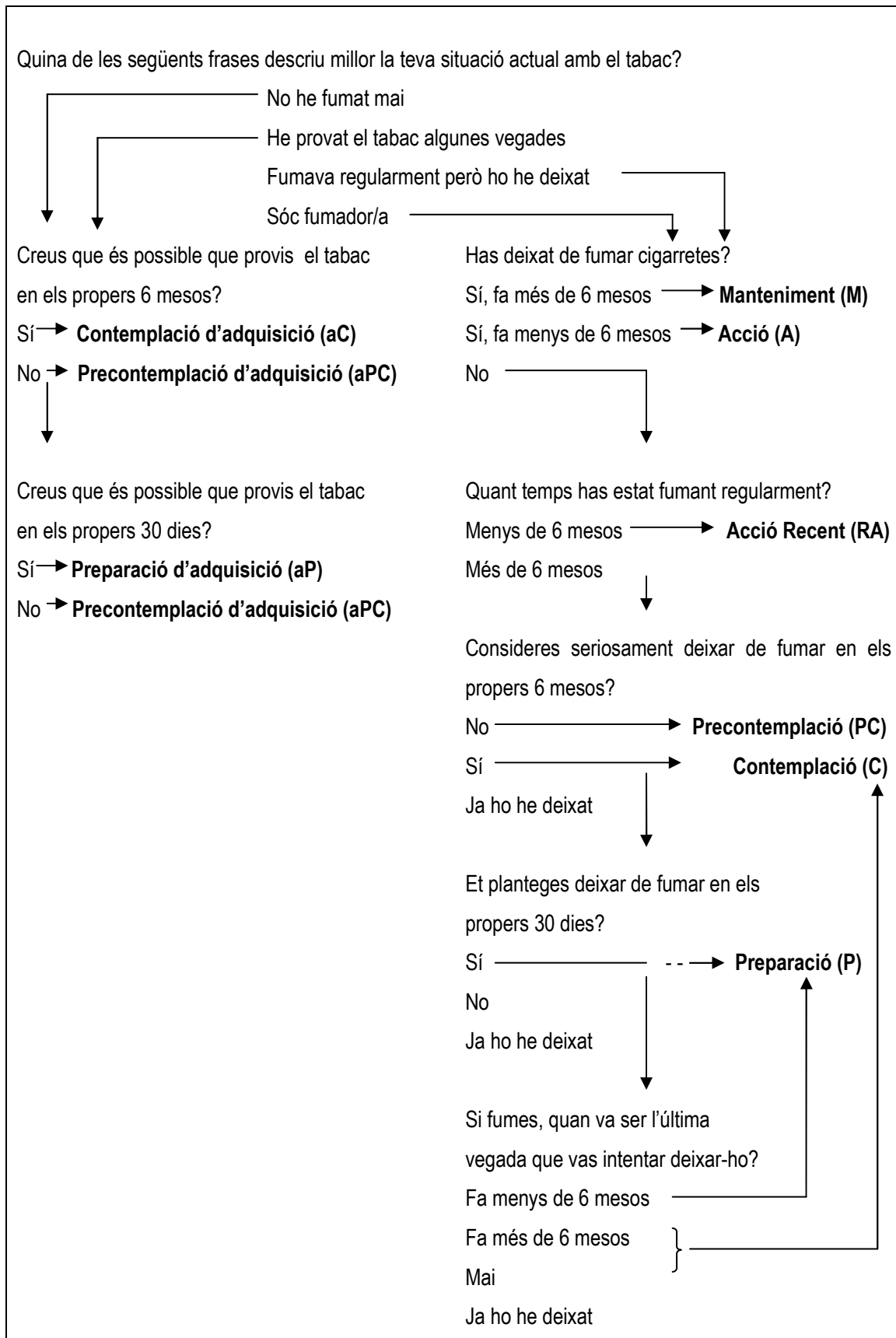
“Creus que d'aquí a un any estaràs fumant?”

I es classificaren com no susceptibles aquells joves que contestaven de forma negativa a les preguntes mencionades. Després de realitzar un estudi longitudinal, van descobrir que els adolescents en l'etapa de Precontemplació de l'adquisició susceptibles tenien una probabilitat dues vegades més alta, els contempladors sis vegades, i els preparats nou d'esdevenir fumadors en els propers dos anys que els Precontempladors no susceptibles.

3.1.3. Model d'integració de l'abandonament i l'adquisició d'una conducta

Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov i Smith es van proposar l'any 1998 l'exploració de l'aplicabilitat del MTC en un continu d'etapes equivalents al procés des de l'adquisició a l'abandonament de la conducta de fumar en adolescents. 853 alumnes de secundària (edat mitjana = 16.6, $DT = 1$) van ser analitzats amb tal finalitat. Aquests, van ser classificats en l'etapa pertinent mitjançant la resposta sí/no al test presentat al quadre 3.1.3.1. sobre la seva situació actual en relació al tabac.

Quadre 3.1.3.1.: Test de classificació en les etapes d'abandonament i adquisició.



Adaptat Pallonen et al. (1998)

Les etapes resultants, un cop unides les pròpies de l'adquisició i l'abandonament, i després de l'addició d'una nova etapa anomenada Acció Recent (RA), així com la seva definició es mostren a la taula 3.1.2.:

Taula 3.1.2.: Model d'adquisició-abandonament del consum (Pallonen et al., 1998).

	ETAPA	DEFINICIÓ
Adquisició	Precontemplació (aPC)	No té intenció de consum en els propers 6 mesos
	Contemplació (aC)	Té intenció de consum en els propers 6 mesos
	Preparació (aP)	Té intenció de consum en els propers 30 dies
	Acció Recent (RA)	És consumidor regular (a diari) des de fa menys de 6 mesos
Abandonament	Precontemplació (PC)	No té intenció d'abandonament en els propers 6 mesos
	Contemplació (C)	Té intenció d'abandonament en els propers 6 mesos
	Preparació (P)	Ha realitzat algun intent d'abandonament en els darrers 6 mesos i té intenció de fer-ho en els pròxims 30 dies
	Acció (A)	Ha deixat de consumir des de fa menys de 6 mesos
	Manteniment (M)	Ha deixat de consumir des de fa més de 6 mesos

En l'estudi es va descobrir que la majoria dels participants (65.8%) es trobaven situats en una de les tres etapes que conformen l'adquisició (aPC, aC o aP). La gran majoria d'ells (61.4%) pertanyia a la Precontemplació, mentre que únicament un 2% mostrava intenció d'iniciar-se en el consum al llarg dels següents 6 mesos i un 2.4% en els propers 30 dies. El 29.6% dels adolescents eren fumadors en actiu (2% RA, 12.1% PC, 10.5% C i 5% P), mentre que els ex-fumadors representaven el 4.6% de la mostra (1.6% A i 3% M). L'estudi va evidenciar diferències per raó de gènere de manera que el consum de tabac va ser menys freqüent entre els nois, al mateix temps que els nois no fumadors mostraven menys probabilitats de provar el tabac. Aquest model novament assumeix que el pas d'unes etapes a les altres no es produeix de manera lineal d'una etapa a la següent sinó que es considera que els subjectes es mouen en ambdues direccions entre les etapes o que fins i tot poden passar diverses vegades per les mateixes.

En aquest mateix estudi, Pallonen et al. (1998), van analitzar els pros i contres de fumar, així com les temptacions per provar el tabac. En primer lloc, pel que respecta als pros i contres s'observà que les expectatives positives del consum en els no fumadors funcionaven com un mecanisme útil per avançar cap a l'adquisició del consum. Per altra banda, l'anticipació dels beneficis socials per començar a fumar van resultar menys important, contradient l'assumpció de la pressió dels iguals en l'adquisició del consum de tabac. Els contres van resultar poc afectats per les etapes, significant això que els joves subestimen i minimitzen els riscos associats al tabac. Les puntuacions baixes en els contres en les primeres etapes de l'abandonament van assolir el mateix nivell de pros o fins i tot els superaven entre les etapes Precontemplació i Contemplació. Així, els contres es van mantenir al mateix nivell o lleugerament superior que els pros, que disminuïren a mesura que es prosseguí en les etapes d'abandonament. En segon lloc, i pel que respecta a les temptacions de fumar, es descobrí que les raons dels no fumadors per provar el tabac, en les primeres fases de l'adquisició són la socialització i la curiositat. En etapes successives els factors rellevants se substituïren a favor de la regulació dels estats positius i negatius.

Els autors Plummer et al. (2001) es van proposar relacionar el Balanç Decisional i les Situacions de Temptació amb les Etapes de Canvi tant en fumadors com en no fumadors (participant en l'estudi 2,808 adolescents amb edat mitjana de 15.2 anys ($DT = 0.6$)). Per Balanç Decisional s'entén l'avaluació de contres i pros de la conducta de fumar. Dins aquests últims es distingeixen dues categories: *Social Pros* que fan referència a la influència social i les pressions (per exemple: "els nois/es que fumen tenen més amics") i *Coping Pros* que equivalen als efectes més fisiològics i plaents del tabac (per exemple: "fumar cigarretes redueix la tensió"). A la taula 3.1.1.3.2. es presenten els ítems que componen l'escala de Balanç Decisional administrada als participants de l'estudi.

Taula 3.1.1.3.2.: Escala de Balanç Decisional

	PROS	CONTRES
Social Pros	Fumar proporciona als nois més respecte dels altres	Fumar fa pudor
	Els nois que fumen tenen més amics	Fumar pot afectar la salut dels demés
	Els nois que fumen surten més	Fumar cigarretes representa un risc per a la salut
Coping Pros	Fumar ajuda a afrontar millor les frustracions	Fumar cigarretes molesta a altres persones
	Fumar és un plaer	Fumar és un mal hàbit
	Fumar redueix la tensió	Fumar fa tornar les dents grogues

En relació a les **Situacions de Temptació**, que deriven de la teoria de l'autoeficàcia, es distingeixen 4 categories en el cas de fumadors: *Situacions Socials Positives* (per exemple: "quan estic parlant relaxadament"), *Situacions Afectives Negatives* (per exemple: "quan estic ansiós i estressat"), *Força de l'Hàbit* (per exemple: "quan me n'adono que fa estona que no fumo") i *Control de Pes* (per exemple: "quan em vull apimar"). Pel cas dels no fumadors se'n proposen cinc, les tres primeres coincideixen amb *Situacions Socials Positives*, *Situacions Afectives Negatives* i *Control de Pes*, mentre que se n'afegeixen dues: *Situació d'Iguals* (per exemple: "amb amics a una festa") i *Curiositat* (per exemple: "quan vull saber el gust d'una cigarreta") (taula 3.1.1.3.3.).

Taula 3.1.1.3.3.: Situacions de Temptació

FUMADORS		NO FUMADORS	
Situacions Socials Positives	Quan els meus amics m'ofereixen una cigarreta Quan és difícil rebutjar una cigarreta	Situacions Socials Positives	Quan estic parlant relaxadament Quan estic passant una bona estona
Situacions Afectives Negatives	Quan estic molt enfadat amb alguna persona o cosa Quan les coses no surten com voldria i em sento frustrat	Situacions Afectives Negatives	Quan les coses no surten com voldria i em sento frustrat Quan estic ansiós i estressat
Força de l'hàbit	Quan sento que necessito una cigarreta Quan me n'adono que fa estona que no fumo	Control de Pes	Quan em fa por guanyar pes Quan vull estar més prim/a
Control de Pes	Quan em fa por guanyar pes	Situació d'Iguals	Amb amics a una festa Quan vull formar part de la colla
	Quan vull estar més prim/a		Curiositat Quan els altres parlen de com els agrada fumar Quan vull saber el gust d'una cigarreta

Adaptat Plummer et al. (2001)

Els resultats d'aquest estudi confirmen una relació entre el Balanç Decisional i les Situacions de Temptació amb les Etapes de Canvi tant en el cas dels adolescents fumadors com en els no fumadors. El sentit de la relació es troba en la disminució significativa dels pros de fumar de les persones en etapa de Precontemplació en comparació a aquelles en etapa d'Acció, al mateix temps que els contres es veuen augmentats, entre els fumadors. Entre els no fumadors s'observa el mateix patró però invertit (augment dels pros i disminució dels contres). Concretament, i en ambdós grups (fumadors i no fumadors), els que efectuen majors variacions dins els pros són els *Coping Pros* ($DT = 0.8$ vs. $DT = 0.3$). D'altra banda, totes les escales de Situacions de Temptació mostren una relació lineal negativa amb les Etapes de Canvi de cessació. És a dir, entre fumadors s'observa un descens de totes les categories de temptació a mesura que s'analitzen les diferents etapes mentre que en els no fumadors es detecta el patró invers.

Prochaska, Wright i Velicer (2008) van analitzar el MTC amb l'objectiu de proporcionar als teòrics, investigadors i professionals un model per a la comparació de teories alternatives i avaluar els progressos dins una teoria particular. Es feu servir a tal efecte una jerarquia dels principals criteris utilitzats per filòsofs científics en l'avaluació de teories de canvi comportamental, els quals són: Claredat, Consistència, Parsimònia, Comprovabilitat, Poder Predictiu, Poder Explicatiu, Productivitat, Generalitzabilitat, Integració, Utilitat, Eficàcia i Impacte. Les conclusions que extragueren els autors després de l'anàlisi foren que s'ha de donar una major rellevància als criteris situats en les primeres posicions de la jerarquia atès que són els que passen proves més rigoroses, i per tant superant aquests criteris s'espera que la teoria tingui més valor pel camp. Aquests criteris serien: la Utilitat i l'Impacte que de forma general són criteris que posseeix el MTC, entre d'altres. Així, els autors declararen que ateses les proves es podia afirmar que el MTC és una bona teoria per a conduir la investigació i la pràctica dels canvis de comportament. Ara bé, no és perfecta, ja que té una eficàcia aproximada del 25% per l'abandonament del tabac. No obstant, Prochaska et al. (2008) suggereixen que únicament existeixen teories millors en el cas d'estar cercant casos de tractament molt específics, és a dir, si per exemple es té la pretensió de fer un crivatge i selecció d'aquells fumadors altament preparats per abandonar l'hàbit en la propera setmana o en els propers quinze dies.

3.2. EL MODEL SOCIOCOMPORTAMENTAL. Teoria Cognitiva Social de Bandura i Walters (1979).

3.2.1. La Teoria de l'Aprenentatge Social

Aquesta teoria, formulada per Bandura (1977, 1986), té en compte aspectes de l'aprenentatge, la persona i la seva cognició juntament amb els elements de l'ambient on es realitza la conducta versant bàsicament en l'aprenentatge social (també anomenat: vicari, observacional o de modelat). Més tard Bandura va batejar de nou aquesta teoria sota el nom de Teoria Cognitiva Social (Bandura, 1986, 1995) incloent fonamentalment el concepte d'autoeficàcia.

Segons aquesta teoria, l'aprenentatge de les conductes no s'efectua per acció directa dels estímuls externs observats sobre l'organisme, sinó que se li afegeixen aspectes cognitius. Així, es proposen tres sistemes implicats en l'aprenentatge d'un comportament (Bandura i Walters, 1979):

- 1) Estímuls externs. Afecten la conducta mitjançant el *condicionament clàssic*.
- 2) Conseqüències de la conducta. Actuen com a reforçadors externs (*condicionament operant o instrumental*). En algunes ocasions les conseqüències observades són immediates (rebre una recompensa o un càstig contigu a la conducta) però en d'altres circumstàncies el model no rep les conseqüències en presència de l'observador i per tant, aquest es fixa en aspectes de gratificació o càstig que el model hagi rebut anteriorment o bé al llarg de la vida atribuïbles al seu estil d'actuar.
- 3) Processos cognitius. Regulen la influència del medi i determinen els estímuls als quals es presta atenció, la percepció d'aquests i la influència que exerceixen sobre la conducta futura. Quan es produeix un comportament d'una persona que exerceix de model, es presta atenció, es reté la conducta i a continuació es produeix l'observació de les conseqüències que té pel model l'execució de tal conducta. Aquestes poden ser positives, i per tant tendrien a incrementar les probabilitats de que qui observa les porti a terme, o bé negatives, les quals servirien per dissuadir de copiar la conducta observada. És freqüent, però, que en el procés de modelat l'observador únicament percebi els beneficis de la conducta observada incrementant la probabilitat d'imitar-la.

Existeix un procés d'interacció entre els tres elements (conducta, factors cognitius i personals i influències ambientals), amb una acció mútua que varia en funció de les activitats, els individus i les circumstàncies. A aquest fet se l'anomena *determinisme recíproc triàdic* i estableix que els tres elements no interaccionen de forma simultània sinó seqüencial en el temps (Bandura, 1986). En aquest sentit l'OMS (2008) afirma que la interacció entre els gens, l'entorn i la persona que beu alcohol o bé que viu en llocs on es consumeixen grans quantitats d'alcohol fa que l'individu corri més risc de presentar problemes de salut derivats de la ingesta d'alcohol.

En l'anàlisi de la influència dels models en la conducta es distingeixen tres efectes de l'exposició d'un model (Bandura i Walters, 1979):

- 1) Modelat. Es tradueix en la transmissió de pautes de resposta que prèviament no constaven dins el repertori de la persona observadora. En altres paraules, representa els canvis conductuals, cognitius i afectius derivats de l'observació de models externs.
- 2) Efecte inhibitor o desinhibidor. Suposa un augment o disminució de la freqüència, la latència o la intensitat de determinades respostes que ja existien prèviament en el repertori del subjecte, similars a la que presenta el model.
- 3) Efecte de provocació. El fet d'observar les respostes d'un model serveix de senyal per executar conductes similars tot i no ser noves ni inhibides per aprenentatges previs.

Així doncs, s'atorga especial rellevància al reforçament social, és a dir, a la valoració de les conductes pròpies per part de l'entorn. A més, té un paper clau la imitació de models, que s'entén com l'aprenentatge per observació o la tendència d'una persona a reproduir les accions, actituds o respostes emocionals que presenten els models de la vida real o simbòlics. En el cas dels nens i adolescents els models més pròxims, i per tant amb més probabilitats de ser imitats, són els pares, germans, amics, docents, i personatges mediàtics que apareixen a la televisió, ja que els models poden ser reals o simbòlics (Bandura i Walters, 1979; García et al., 2006).

Un dels factors que solen emfasitzar-se, per influents dins el modelat, són les característiques del model. Concretament serien més susceptibles de ser imitats aquells models avaluats com a

competents (o amb una bona posició social o poder), aquells amb **similituds** amb l'observador pel que fa a variables com el sexe o l'edat, els models que gaudeixen d'**atractiu**, aquells amb qui s'han establert **vincles emocionals**, o aquells amb qui existeixen **xarxes associatives** establertes (les persones amb qui s'interactua habitualment) (Bandura i Walters, 1979).

3.2.1.1. L'ambient

Aquest element gaudeix de gran importància ja que el consum de substàncies es porta a terme en un ambient social, és a dir, les persones no acostumen a consumir drogues de forma solitària sinó que sovint ho fan acompanyades d'altres persones. L'ambient és un factor que pot influir en el consum, o fins i tot provocar-lo. És a dir, per una banda, observar com altres persones consumeixen substàncies pot facilitar el consum posterior. En segon lloc l'ambient determina què és socialment adequat i què no. Per exemple, l'alcohol és una substància socialment acceptada i àmpliament utilitzada en situacions quotidianes i de celebració, fet que implica que la persona pot reconèixer la conducta de beure en diferents moments i persones o models i que pot facilitar una acceptació i una proximitat al consum (Becoña, 1999).

3.2.1.2. La persona (i la seva cognició)

Bandura (1986) entén que la persona té capacitat de:

- 1) Simbolització. Usar símbols com a mitjà de canvi i adaptació al seu ambient.
- 2) Previsió. Les persones no es comporten sempre per reacció al seu ambient sinó que en algunes ocasions executen conductes que han estat previstes.
- 3) Aprenentatge Vicari. L'aprenentatge pot esdevenir observant la conducta d'altres persones i les conseqüències que se'n deriven. Aquestes persones, que serveixen com a models, poden ser la família i/o els iguals, i d'aquest aprenentatge neixen les actituds cap a la conducta i la intenció d'apropar-se al consum (Londoño et al., 2005). Preston i Goodfellow (2006) analitzaren l'efecte de les variables d'aprenentatge social en el consum d'alcohol en una mostra de 17,709 d'adolescents d'entre 12 i 17 anys i en una

altra mostra de 2,019 majors de 65 anys d'Estats Units. Les dades indicaren que la freqüència de consum d'alcohol i l'abús d'aquesta substància per part dels adolescents s'associà positivament amb el nombre de companys consumidors i amb la quantitat d'iguals que s'emborratxaven almenys un cop per setmana, així com en les persones grans es vinculà únicament amb el nombre de companys consumidors d'alcohol.

- 4) Autoregulació. Una part important de la conducta de les persones ve donada per processos interns d'autoavaluació de les pròpies accions. Per tant un aspecte important aportat pels autors és la menció a la capacitat d'*autocontrol* o l'habilitat de les persones per dirigir la seva pròpia conducta. Santacreu i Froján (1992) trobaren que les persones que consumeixen cocaïna i heroïna presenten nivells d'autocontrol més baixos que aquells subjectes que prenen alcohol i haixix. Paral·lelament López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas i Godoy (2003) en un estudi entre 53 participants d'entre 21 i 35 anys dels quals un 83% consumia alcohol, un 38% haixix, un 42% cocaïna i un 49% heroïna detectaren que l'autocontrol es mostrava inversament relacionat amb el consum de substàncies. En aquest sentit, a menors nivells d'autocontrol augmentava la quantitat i la cronicitat del consum. Aquesta variable juntament amb l'assertivitat explicava una part important de la variabilitat tant en la quantitat de consum (53%) com en la cronicitat (51%). Per la seva banda, la variable assertivitat també mostrà exercir un efecte en el consum de drogues establint-se una relació directa tant en la quantitat de consum com en la cronicitat.
- 5) Autoreflexió. Permet a les persones analitzar les seves pròpies experiències i pensar sobre els seus pensaments (metacognició).
- 6) La plasticitat de la naturalesa humana. La naturalesa humana té un gran potencial format per l'experiència directa i observacional, així com disposa de gran plasticitat.

3.2.1.3. Les conseqüències de la conducta

La teoria de l'Aprenentatge Social de Bandura (1977) es basa en l'aprenentatge observacional o vicari i fa ús de les tècniques de modelat. Alhora aquesta teoria, com ja s'ha comentat, se sustenta en el condicionament clàssic i en el condicionament operant i emprà tècniques

cognitives (pròpies del modelat simbòlic) o cognitiu-conductuals. Els estils de vida (hàbits quotidians positius o negatius que afecten la salut tals com: la pràctica o falta d'exercici físic, els hàbits higiènics o alimentaris adequats o inadequats, el consum de substàncies, la practiques sexuals segures o de risc, etc.) depenen del context cultural, així com dels processos cognitius que produeixen un manteniment i una possible regulació del comportament. És a dir, les persones són constructores i processadores de la informació aportada en el medi social (Álvarez i López, 1999).

3.2.2. La Teoria Cognitiva Social

3.2.2.1. L'Autoeficàcia

Un dels elements centrals en la Teoria de la Cognició Social de Bandura i Walters (1979) són les *expectatives* enteses com les percepcions dels efectes que aportarà la realització de la conducta. En concret se'n distingeix dos tipus: les expectatives de resultat i les d'eficàcia/autoeficàcia, integrant-se l'ús d'alcohol tant en l'una com en l'altra (Santo-Domingo, 2002).

1. Expectatives de resultat. És la percepció que una conducta conduirà a certs resultats. En el cas del consum d'alcohol, els resultats més freqüentment esperables són: afavorir les relacions socials i l'expressivitat verbal, desinhibir la conducta, incrementar la sexualitat, reduir la tensió física i psicològica, incrementar l'agressivitat i els sentiments de poder i generar certs canvis psicofisiològics (Londoño, 2007). En aquest sentit, les creences individuals i socials sobre els efectes de l'alcohol poden induir a consumir-lo cercant-ne els efectes anticipats. Per exemple, la creença que l'alcohol augmenta la confiança i l'agressivitat pot conduir a consumir-lo com a preparació per la participació en actes violents, observant-se llaços més estrets entre violència i alcohol en individus que preveuen que l'alcohol incrementarà l'agressivitat (OMS, 2006b).

Sovint no totes les conseqüències del consum d'alcohol són positives, però Fu et al. (2007) suggereixen que el procés d'aprenentatge i els pensaments sobre el comportament del consum d'alcohol podrien estar mediatitzats pels trets de personalitat de manera que els individus més impulsius tendeixen a aprendre de les seves

experiències reforçants més que de les experiències castigadores, formant expectatives de resultat positives que prediuen el comportament posterior. Al mateix temps aquestes expectatives de resultat modulen els trets de personalitat i el comportament. Becoña (1999) explica aquest fenomen per efecte de desig o *craving* i per un efecte de pèrdua de control. Al mateix temps, Londoño (2007) afirma que els efectes immediats del consum són els considerats positius, els quals actuen com a reforç de la conducta, mentre que els efectes negatius apareixen quan la persona està embriagada i no és capaç de processar correctament els esdeveniments, o bé succeeixen el dia després, o al cap d'uns dies o d'un temps.

2. Expectatives d'eficàcia/autoeficàcia. L'autoeficàcia és la unitat nuclear de la Teoria de la Cognició Social, ja que és concebuda com l'element explicatiu més important relacionat amb l'adquisició, el manteniment i el canvi de la conducta. Per autoeficàcia s'entén la percepció que tenen els individus de la seva capacitat d'actuar o bé la convicció personal del subjecte de que pot executar amb èxit la conducta necessària per produir un resultat. Aquestes expectatives influeixen sobre els processos cognitius que són fonamentals per la motivació, l'afectivitat i l'assoliment. És a dir, quan una persona inicia una conducta les percepcions d'autoeficàcia modularan el grau d'esforç i la persistència destinats a la tasca, essent més perseverants aquells que gaudeixen d'un major nivell d'autoeficàcia. Per tant, l'autoeficàcia pot contribuir de forma causal a la conducta. Per altra banda, les valoracions de l'autoeficàcia poden modificar l'activitat cognitiva després de l'execució de la conducta. En aquest sentit, les percepcions d'eficàcia afecten a les atribucions que es fan les persones sobre els resultats ocorreguts.

Olivari i Barra (2005) en un estudi realitzat entre 247 adolescents fumadors i no fumadors d'entre 16 i 19 anys detectaren majors puntuacions en autoeficàcia generalitzada en els joves no fumadors i en els nois, així com una relació inversa entre l'autoeficàcia i la quantitat de cigarretes fumades la darrera setmana entre les noies. Els autors relacionaren aquest fet amb una major vulnerabilitat, en elles, a la pressió pel consum rebuda pel grup d'iguals. Per altra banda, Olivari i Barra (2005) analitzaren l'autoestima dels participants sense detectar diferències per la condició de fumador/no fumador si bé sí que observaren en elles una baixa autoestima familiar (sentir-se poc valorades dins l'àmbit familiar) podent aquest fet contribuir a la conducta de fumar.

Les respostes afectives també estan determinades en part per les percepcions d'autoeficàcia. Les persones que perceben una elevada autoeficàcia tendeixen a experimentar menys ansietat davant els fets estressants i amenaçants. És a dir, les expectatives d'autoeficàcia poden influir en la salut a través dels seus efectes motivacionals i a través dels seus efectes emocionals, entesos com la capacitat de modular la reactivitat biològica entre estímuls estressants. En relació a variables motivacionals de caràcter cognitiu que determinen l'elecció de comportaments i l'esforç i la persistència en comportaments escollits aquest tipus d'expectatives poden (Villamarín, 1994):

- Regular els intents d'abandonament d'hàbits perjudicials per a la salut: conductes addictives i certes pautes alimentàries.
- Determinar l'esforç i la persistència en el compliment de comportaments afavoridors de la salut, autoimposats o prescrits per professionals.
- Influir en la rapidesa i la magnitud de recuperació després de traumatismes físics o malalties incapacitants.

Segons Bandura (1977, 1986) les percepcions d'autoeficàcia estan influïdes per:

- L'Experiència directa. És la més influent i guarda relació amb la trobada personal amb l'ambient.
- L'Experiència vicària. Fa referència a l'avaluació de les pròpies capacitats atenent a la capacitat de portar a terme la conducta per part de persones que jutgem com a similars a nosaltres.
- La Persuasió verbal. Consisteix en inculcar creences d'eficàcia persuadint a altres de la seva eficàcia.
- Els Estats afectius i psicològics. L'estat emocional i psicològic pot contribuir a generar una percepció d'eficàcia més o menys elevada.

3.2.3. La Teoria Cognitiva Social i el consum d'alcohol

La Teoria de l'Aprenentatge Social no concep l'existència de factors fixes com poden ser una personalitat predisponent o factors intrapsíquics. Des d'aquesta perspectiva la conducta de consumir alcohol, en qualsevol de les seves vessants (abstinència, consum moderat o consum abusiu), es basa en l'aprenentatge, la cognició i el reforçament. Així doncs, la conducta de beure alcohol s'adquireix i es manté pel modelat, el reforç social, els efectes anticipatoris de l'alcohol, l'experiència directa amb els efectes de l'alcohol com a reforçadors o càstigs i la dependència física. Existeixen d'altres determinants importants com són els esdeveniments vitals estressants, les pressions a la feina, la família, la xarxa social i el nivell de suport de la persona (Becoña, 1999).

Seguidament s'exposen amb major detall les principals influències en l'inici del consum d'alcohol segons aquest model:

- La família i els iguals. Creen actituds, costums, idees i valors cap a l'alcohol que marcaran de forma important el futur consum d'alcohol.

La **família** controla l'accés dels fills a béns materials, exerceix control sobre ells i desenvolupa un estil parental educatiu (basat per exemple en la calidesa i/o el control). Les interaccions dels **pares** amb els seus fills marcaran també les relacions que aquests efectuaran amb el grup d'iguals (Kandel, 1996). Per la seva banda, els **germans** formen part del grup d'iguals però mereixen una menció a part ja que són un element important en el procés de socialització i influent en el consum de substàncies (Ortiz et al., 2003; Pérula, Ruiz, Fernández, Herrera, De Miguel i Bueno, 1998).

Els **iguals** proporcionen oportunitats per l'aprenentatge d'habilitats socials, ajuden a establir valors socials, serveixen de normes amb que jutjar-se i donen o neguen suport emocional. Per altra banda, reforcen la conducta, serveixen de model de comportament i s'estableixen amistats o relacions socials, podent decidir acceptar o no una persona dins el grup (Chau i Oblitas, 2007; Font-Mayolas i Planes, 2000; Londoño et al., 2005; Talbott et al., 2008).

- Els models. Els mitjans de comunicació, tals com la televisió, el cinema, la publicitat, etc. si bé en ocasions incorporen missatges preventius del consum d'alcohol, sovint ofereixen una imatge de l'alcohol relacionada amb una millor interacció entre les persones, com una substància reductora de l'estrès social, que permet obtenir un benestar físic i psicològic, així com facilita superar les crisis, l'obtenció de sexe, d'èxit i de diversió, entre d'altres (Sánchez, 2002).
- El desenvolupament d'experiències relacionades amb l'alcohol. Les primeres expectatives sobre l'alcohol, formades en el medi familiar i en el grup d'iguals, i llavors reforçades pels mitjans de comunicació, influiran de forma directa en l'experiència amb l'alcohol, tenint gran importància en l'adquisició i posteriorment en el manteniment de la conducta de beure (Becoña, 1999).
- L'alcohol com una estratègia d'afrontament. Un nivell d'habilitats socials adequat permet reduir el nivell d'ansietat provocat per situacions socials mentre que la seva carència augmenta l'ansietat social, dificulta l'elaboració d'una resposta adequada o adaptativa per afrontar situacions quotidianes, i pot comportar la búsqueda del consum d'alcohol per trobar en la beguda aquesta resposta. Aquest fet es produeix sobretot si en el passat s'ha descobert l'associació de la beguda amb l'alleujament de l'estrès a curt termini. Val a dir però, que quan més ús se'n faci més pot costar trobar-ne una d'alternativa. La repetició d'aquest succés en el temps pot conduir a la cronificació de la deficiència en habilitats socials. Així doncs, el subjecte beu per la seva història d'aprenentatge social, però la pròpia teoria atorga especial rellevància als factors cognitius els quals regulen les interaccions entre la persona i l'ambient. Per tant, la decisió última de beure o no ve condicionada per les expectatives de resultat que genera la persona en el context situacional en el que es troba (Becoña, 1999) i les d'autoeficàcia. És a dir, en aquelles situacions caracteritzades per la pressió per consumir on l'individu ha de mostrar estratègies d'afrontament hi intervé l'efecte de variables com l'autocontrol, l'assertivitat, l'estil atribucional i l'autoeficàcia. Quant més baixes siguin les expectatives d'autoeficàcia de la persona més vulnerable serà en el moment de l'inici del consum, en la conducta de manteniment i en les possibles recaigudes (López-Torrecillas et al., 2003).
- L'ambient. És el lloc físic on la persona viu i interacciona amb els demés i té un paper rellevant en la conducta de beure alcohol, ja que aquest comportament té un component

social, normatiu, però que pot conduir al consum abusiu. L'ambient familiar és un dels més rellevants per l'evolució de la persona ja que inclou les interaccions amb la família i al mateix temps determina el lloc on es resideix, la ciutat, el barri, l'escola, etc. Existeix per tant un ambient donat i un ambient seleccionat. En l'ambient es produeix el procés de **socialització** a través del qual un individu es converteix en membre d'un grup social: la família, la comunitat, etc. Inclou l'aprenentatge d'actituds, creences, valors, rols i expectatives de grup. Té lloc primer amb la família, que és l'agent més important de socialització, i a continuació a l'escola, seguit pels companys i els mitjans de comunicació. Després de l'adolescència també altres persones afecten el procés de socialització ja que no finalitza en un punt discret, tot i que pren major rellevància durant l'adolescència.

Els processos bàsics de la Teoria Cognitiva Social que influeixen en la conducta de consumir alcohol són (Becoña, 1999):

- Condicionament clàssic. L'associació entre certs estímuls i les substàncies pot conduir a un desig de consum davant l'aparició d'aquests estímuls.
- Condicionament operant. Reforçament positiu dels efectes produïts per la droga i reforçament negatiu com una forma d'escapar o evitar estats físics i/o mentals disfòrics.
- Expectatives i creences. Sovint existeix la creença que les drogues són l'antídot per l'ansietat i estrés. Les expectatives neixen en forma de creences globals i difuses sobre els efectes de l'alcohol, tendint a augmentar amb l'edat, l'experiència amb l'alcohol i l'exposició familiar, social i cultural de les creences sobre l'alcohol. Les expectatives constitueixen la principal font d'aprenentatge d'aquesta substància i poden variar d'acord amb els hàbits de consum. En aquest sentit, aquells que tenen majors expectatives positives en relació al consum d'alcohol, atenen a la informació rellevant que està associada amb el que els agrada dels efectes de l'alcohol i així les creences positives influeixen les futures decisions en torn al consum. Però aquesta associació no és directa sinó que les creences actuen com a base pel desenvolupament de processos cognitius com el balanç decisonal, la percepció d'autoeficàcia i les temptacions tal i com ho plantegen Londoño et al. (2005).

Mora-Ríos, Natera, Villatoro i Villavazo (2000) analitzaren la validesa factorial del qüestionari d'expectatives vers el consum d'alcohol (AEQ) en estudiants universitaris mexicans, detectant vuit dimensions. Els autors van descobrir un factor principal en relació a l'aspecte social (composat per: l'*expressivitat verbal*, l'alcohol com a *facilitador de la interacció social* i la *desinhibició*). Un segon factor fou la reducció de la tensió (referida a la *tensió física* i *psicològica*). Aquest, al posar l'èmfasi sobre la conducta individual i no en l'efecte produït en altres persones pot ser predictor del consum problemàtic. Les darreres dimensions detectades fan referència als *canvis psicofisiològics* (increment de la temperatura corporal), *increment de la sexualitat*, *agressivitat* i *sentiments de poder*. Malgrat tot, no es va detectar cap dimensió de l'alcohol com a *transformador positiu de les experiències*, si bé sí que existeix en el model original, tot i que els autors declaren que possiblement aquesta subescala tingui poc valor discriminatiu. Pel que respecta a les diferències de gènere, aquestes foren estadísticament significatives en les expectatives: *facilitador de la interacció social*, *expressivitat verbal*, *increment de la sexualitat*, *reducció de la tensió psicològica* i *increment del poder* i l'*agressivitat*, essent els nois els que van obtenir puntuacions més elevades en totes elles i de forma notòria en les que fan referència a la interacció grupal i l'increment de la sexualitat.

Mora-Ríos i Natera (2001) analitzaren novament les expectatives en relació al consum d'alcohol i els problemes associats en una mostra de 678 estudiants universitaris mexicans amb edats compreses entre els 17 i 25 anys. Els resultats van evidenciar que els grans consumidors (5 o més copes x ocasió) van obtenir puntuacions més elevades en les subescales d'expectatives que els consumidors moderats (menys de 5 copes per ocasió), essent les principals expectatives descobertes en els grans consumidors: *facilitar la interacció grupal*, *reduir la tensió psicològica* i *incrementar l'agressió* i els *sentiments de poder*. Paral·lelament, es van observar expectatives més elevades entre aquells joves que reportaven més problemes associats al consum d'alcohol. Per altra banda, únicament es van detectar diferències per raó de gènere en l'expectativa que atribueix a l'alcohol l'increment de la conducta sexual, essent superior en els nois. En un posterior treball Mora-Ríos, Natera i Juárez (2005) detectaren de nou que les expectatives de *facilitació de la interacció grupal* i de *reducció de la tensió psicològica* predeïen el consum d'alcohol abusiu. Els autors Londoño et al. (2005) apuntaren que entre els universitaris de Bogotà (450 d'entre 16 i 25 anys) predominaven també les

expectatives de l'alcohol com a facilitador social i les expectatives de reducció de la tensió psicològica, la resta es donaren en menor mesura i en tots els casos es mostraren amb més freqüència en nois que en noies, consumint aquests més freqüentment i en major mesura que les dones. La relació no es donà de forma directa sinó que les creences actuaren com a base pel desenvolupament de processos cognitius entre ells el balanç decisonal, la percepció d'autoeficàcia i les temptacions ja que en consumidors de risc i les persones que abusen de l'alcohol s'observaren més expectatives positives cap el consum.

D'altres autors com Ardila i Herrán (2008), en l'estudi de les expectatives associades a l'alcohol entre 601 adults colombians d'entre 18 i 60 anys, reafirmaren que el fet de consumir alcohol està més associat al context social i a la interacció grupal que al comportament individual atès que la única expectativa associada significativament al consum d'alcohol fou la *desinhibició i els sentiments de poder* i no les tres que corresponen al context individual (disminució de la tensió física, disminució de la tensió psicològica i increment de l'expressivitat i la sexualitat). De les 23 variables avaluades dins les quatre grans expectatives, la que va ser qualificada amb la mínima puntuació fou "*sóc millor amant després d'uns glops*" i els que van obtenir la qualificació màxima "*quan estic prenent alcohol em sento com jo vull*" i "*quan les dones prenen alcohol són més fresques amb el sexe*". Per altra banda, ni l'edat ni el gènere van resultar variables medidores de les expectatives si bé sí que ho fou l'edat d'inici al consum, detectant-se les majors puntuacions en les 4 expectatives analitzades entre aquelles persones que s'havien iniciat en el consum d'alcohol abans dels 16 anys.

En la mateixa línia es troben els estudis de Camacho (2005) el qual analitzà el consum d'alcohol d'una mostra de 618 estudiants universitaris d'Enginyeria colombians (entre 16 i 35 anys) en relació a les expectatives i l'ansietat social. Aquesta darrera variable no mostrà associació amb la freqüència de consum si bé sí que ho feu amb la intensitat, incrementant-se progressivament l'ansietat social en els nivells de major consum, relacionant-se per tant amb el consum alt i abusiu. L'anàlisi de les expectatives sobre l'alcohol mostrà un nivell mig d'aquestes, destacant amb les puntuacions més elevades les expectatives: de facilitació de la interacció, de l'expressivitat verbal, de la desinhibició i dels canvis psicofisiològics. Les expectatives que obtingueren puntuacions mitjanes foren: la reducció de la tensió tant física com psicològica, mentre que sobresortiren per

obtenir mínimes puntuacions les expectatives en relació a l'increment de la sexualitat i l'agressivitat i els sentiments de poder. Per altra banda, totes les dimensions i l'escala total de les expectatives mostraren una correlació directa i significativa amb la freqüència de consum, així com amb la intensitat de consum (a excepció de l'expectativa de canvi psicofisiològic en aquest cas), fet que indica que el consum de begudes alcohòliques manté una relació funcional amb les expectatives positives del consum. Paral·lelament, l'ansietat social mostrà una correlació positiva i significativa amb totes les dimensions de les expectatives cap al consum d'alcohol. El que aquests resultats indiquen és que el consum d'alcohol en estudiants universitaris està més vinculat a les creences que l'alcohol actua en favor de l'afrontament social (facilitador de la interacció, de l'expressivitat i la desinhibició) i com a reductor de l'afecte negatiu (reducció de la tensió física i psicològica) que no a una dificultat emocional real (ansietat social).

Seguint aquesta línia es troba el treball de Lewis i O'Neill (2000) els quals administraren una sèrie de qüestionaris a 116 estudiants de primer cicle de la llicenciatura de Psicologia de Dakota, Estats Units, amb l'objectiu d'analitzar la vinculació entre els dèficits socials i les expectatives sobre l'alcohol i el consum d'aquesta substància. Els resultats obtinguts confirmaren que els bevedors amb consums problemàtics reportaven ansietat social, timidesa i baixa autoestima en major proporció que els bevedors de consums moderats. Per altra banda, els bevedors de quantitats d'alcohol catalogades de problemàtiques referien més expectatives positives sobre l'alcohol (excitació, millora sexual, millora de les habilitats cognitives i motores, canvi positiu global, millora del comportament social, relaxació i reducció de la tensió) que els bevedors de consums no problemàtics. És a dir, els bevedors de grans quantitats d'alcohol, que són els individus amb més dèficits socials, enumeren més expectatives positives immediates de l'alcohol, o el que és el mateix, són més propensos a creure que l'alcohol millorarà el seu funcionament social.

- Aprenentatge social i factors de modelat. L'aprenentatge es produeix per l'observació del consum d'una droga en l'ambient familiar o amb els amics i la generalitzada aparició de la substància en anuncis i mitjans de comunicació.

El nucli familiar conté factors i característiques presents en les relacions entre els seus membres produint una influència constant durant tot procés de consum d'una substància

o drogodependència (inici, consum, manteniment i demanda de tractament). Els pares, en particular, exerceixen una gran influència sobre l'inici i el manteniment de la conducta addictiva dels seus fills amb les actituds, valors, missatges implícits i explícits, formes de relacionar-se, de solucionar conflictes o de gestionar les emocions. En aquest sentit, les pautes de comportament cap els fills poden facilitar o dificultar l'ajustament conductual, emocional i social d'aquests.

Alguns estudis han analitzat la influència social dels principals referents de conducta (família i amics) en forma de modelat en la iniciació i manteniment del consum de substàncies legals. El debut en el consum de substàncies acostuma a aparèixer a edats precoces (Institute of Alcohol Studies, 2006) és per això que molts treballs s'han centrat en la influència social que s'estableix en l'adolescència, descobrint una relació positiva entre el consum d'alcohol dels adolescents i el dels seus amics, germans i pares, per aquest ordre (Espada et al., 2008; Graña i Muñoz-Rivas, 2000; Salamó et al., 2010). Al mateix temps, Harden, Hill, Turkheimer i Emery (2008) detectaren la influència dels germans i del millor amic en el consum d'alcohol i tabac en una mostra de 26,666 joves d'Estats Units. No obstant, són diversos els autors que atribueixen gran pes a la influència dels pares en el primer consum, sovint realitzat a casa amb permissivitat paterna, tot i que a posteriori aquesta influència va en detriment, prenent força la del grup d'iguals, en especial el germà així com el millor amic (Ortiz et al., 2003; Pérula et al., 1998). En aquest sentit Espada, Méndez e Hidalgo (2000) realitzaren un estudi amb una mostra de 1,013 estudiants d'ESO d'11 a 17 anys d'Alacant i detectaren que més de la meitat dels adolescents consumien alcohol quan estaven amb els amics, tot i que un terç ho feren en presència dels pares i/o altres familiars. Així mateix, s'observà que els pares de fills consumidors d'alcohol bevien aquesta substància amb major regularitat que els progenitors dels adolescents abstemis. Aquest efecte també formà part dels resultats obtinguts per Pons (1998) el qual, en analitzar una mostra de 1,100 adolescents d'entre 15 i 19 anys de la ciutat de València, descobrí una relació significativa entre el consum d'alcohol dels adolescents i el del seu pare, mare i germans/nes grans. En tractar-se d'una droga institucionalitzada una actitud poc crítica dels pares i les seves pròpies pautes de consum poden reforçar l'efecte d'altres grups influents com el dels seus iguals, descobrint ja amb aquests els avantatges socials de l'ús de la substància. En consonància amb aquesta idea Ballester i Gil (2009) en un estudi realitzat amb 574 joves d'entre 18 i 24 anys de la Comunitat Valenciana sobre el

comportament, la informació i les actituds dels joves i els seus pares respecte a l'alcohol, detectaren que pel 89% dels joves el consum d'alcohol entre els seus amics és quelcom habitual, així com el 81% indicaren que els seus pares prenen vi o cervesa durant els àpats i més del 30% whisky i cigaló. L'autor Pons (1998) estudià els estils parentals, en una mostra de 1,100 adolescents d'entre 15 i 19 anys valencians, atès que sosté que el sentiment de no ser acceptat íntegrament i incondicional pels pares (puntuacions elevades en factors de càstig, pressió per l'èxit, rebuig i reprovació i baixa puntuació en comprensió i suport), és compensat pels adolescents per la integració en un grup social. Així l'adolescent satisfà les seves necessitats d'afiliació mitjançant la realització de comportaments normatius del grup, detectant, en aquests casos, consums abusius d'alcohol en major proporció que entre aquells adolescents amb estils parentals més càlids.

El consum de substàncies, i en especial les drogues de tipus legals, no acostuma a detenir-se amb el mer pas de l'adolescència, podent mantenir-se en edats adultes. En aquest sentit, i pel cas del consum de tabac, un estudi realitzat entre 122 estudiants universitaris de la ciutat de Girona (edat mitjana: 20 anys; $DT = 2.2$) revelà una relació directa entre el consum propi i el dels pares, germans, i amics. Els joves fumadors tenen un percentatge més elevat de pare i/o mare fumadors, al mateix temps que tenen un major nombre de persones de l'entorn més pròxim habituades al tabac. Així, entre les famílies en que tant el pare com la mare fumen, el 83% dels fills són consumidors de tabac. Quan fuma únicament un dels progenitors, el 37.5% dels fills també fumen. En cas de progenitors no fumadors, fumen un 21.9% dels fills. D'altra banda, pel cas dels nois s'ha detectat major relació entre el consum propi i el matern, mentre que per les noies s'observa major presència de l'hàbit tabàquic entre aquelles universitàries que tenen algun dels dos progenitors fumadors, amb independència de que sigui la mare o el pare. Les autores finalment elaboren un model predictiu del consum de tabac que com a resultat inclou les variables: mare fumadora, nombre d'amics fumadors i nombre de germans fumadors (Font-Mayolas i Planes, 2000).

Talbott, et al. (2008) també detectaren que la variable "influència dels amics" és un dels factors que millor prediu el consum d'alcohol entre els joves. Realitzaren una anàlisi de regressió múltiple per tal de detectar les variables que millor predeien el nombre de dies en què s'havia consumit alcohol, al llarg del darrer mes, en una mostra de 224 estudiants

universitaris nord-americans de primer curs. Les variables predictores del model foren: la probabilitat de consumir alcohol, avaluada amb la *Drinking Context Scale* (DCS), que consisteix en la presentació d'una sèrie de situacions (per exemple: una festa, un concert, quan em sento trist, quan estic enfadat amb algú, etc.) on l'individu ha d'avaluar la probabilitat que percep de consumir grans quantitats d'alcohol si es presenta la situació en concret. En segon lloc apareix en el model la variable *la influència dels iguals* entesa com el nombre d'amics propers que beuen alcohol, que s'embriaguen de forma regular o bé que beuen amb la finalitat d'assolir un estat d'embriaguesa. Aquesta variable mostra una major rellevància entre els nois, essent *el gènere* un nou factor rellevant en el model, així com *els problemes relacionats amb el consum d'aquesta substància*.

Chau i Oblitas (2007) realitzaren un estudi entre 1,081 estudiants universitaris peruans amb una edat mitjana de 19 anys ($DT = 1.81$). Detectaren una clara associació entre el consum dels universitaris i el dels seus pares, així com entre el dels joves i dels seus millors amics. Concretament, quan el pare consumia alcohol habitualment, el fill ho feia en el 85.4% dels casos, així com en el 90% dels casos en que la mare prenia alcohol. Per altra banda, entre els joves consumidors es detectà un 93.8% de casos en que el millor amic també era considerat consumidor d'alcohol, així com un 76% de millors amigues de gènere femení.

Segons la Teoria de l'Aprenentatge Social el consum d'alcohol estaria determinat per la interacció dels factors comentats a continuació (Abrams i Niaura, 1986; c.f. Becoña, 1999):

- Desenvolupament psicològic i de socialització. La conducta de beure, les creences, les actituds i les expectatives juvenils sobre l'alcohol es formen per efecte de la influència social, és a dir, pel pes de la cultura, la família i els iguals. Una part important de l'aprenentatge sobre l'alcohol apareix abans que la persona el provi per primera vegada, ja sigui per modelat a través dels pares, germans, iguals o mitjans de comunicació els quals permeten l'efecte d'adquisició (aprenentatge i retenció). Aquest efecte de modelat, a través d'influències indirectes d'actituds, expectatives, creences, accions d'altres persones i reforç social per consumir alcohol van produint un aprenentatge per la posterior vida juvenil i adulta. Tot i així, la Teoria de l'Aprenentatge Social afirma que la

influència dels agents de socialització pot ser necessària però no suficient per explicar un abús o dependència a l'alcohol.

- Predisposició. Les diferències individuals biològiques o psicològiques ja siguin heretades o bé adquirides (per exemple: factors genètics i/o farmacològics, dèficit d'habilitats, la presència o absència de models bevedors, etc.) poden interactuar amb les influències dels agents de socialització i amb les situacions i determinar els patrons inicials de consum d'alcohol.
- Experiències directes amb l'alcohol. A mesura que es va augmentant l'experimentació amb l'alcohol es produeix un efecte de reforçament negatiu (reducció de la tensió o l'estrès), així com un efecte de reforç positiu (propietats euforitzants que ajuden a millorar les relacions socials, entre d'altres). Aquests efectes es troben modulats per les expectatives adquirides prèviament.

Londoño (2007) fa la reflexió sobre el paper de les expectatives, el qual no és el mateix en l'inici o en el manteniment del consum ja que durant l'adquisició les expectatives compleixen un procés motivacional, donat que el subjecte realitza una anàlisi dels possibles efectes del consum i decideix buscar-los activament. Malgrat això, quan el consum ja és habitual no es realitza aquesta anàlisi de les expectatives sobre els efectes perquè els resultats que reforcen la conducta ja han estat experimentats per la persona i això fa que es mantingui la conducta.

- Demanda situacional que la persona no sap afrontar. Quan es produeix una demanda situacional que la persona sent que no pot afrontar de forma efectiva, la percepció que té de la seva eficàcia és baixa. En aquest punt pot esdevenir un episodi abús d'alcohol, en lloc d'un ús normal d'alcohol, ja que l'individu pot aprendre que l'alcohol li proporciona un mètode d'afrontament a curt termini (expectativa de resultat positiva) que alleuja les conseqüències d'una situació a la que creu que no és capaç de fer front. Amb tot, la probabilitat de continuar utilitzant l'alcohol de forma abusiva s'incrementa, a no ser que la persona sigui capaç de desenvolupar habilitats d'afrontament alternatives i més adaptatives. En esdevenir aquest patró la persona pot percebre que la seva eficàcia personal és baixa fet que el pot conduir a deixar de buscar o realitzar esforços d'afrontament alternatius. Aquesta pauta es pot repetir o tendir a la cronificació ja que els

estressors ambientals excedeixen la capacitat d'afrontar-los i la persona mostra una baixa autoeficàcia per les conductes d'afrontament alternatives a beure, mentre que mostra expectatives d'alt resultat vers els efectes desitjats en l'alcohol, el qual minimitza les conseqüències negatives a curt termini. Aquest model es mantindrà en funció de la importància de les demandes ambientals que se li presentin a la persona, de la disponibilitat de l'alcohol i del nombre d'habilitats d'afrontament alternatives que posseeixi.

López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo i Ramírez (2005) detectaren en un estudi amb 186 subjectes mexicans amb una edat mitjana de 17.79 anys ($DT = 2.74$) que els joves consumidors d'alcohol i altres drogues presentaven puntuacions inferiors en autoeficàcia per a manejar determinades situacions personals i socials que els seus companys no consumidors.

Chicharro, Pedrero i Pérez (2007) analitzaren l'autoeficàcia percebuda per resistir-se al consum de substàncies d'un grup de 116 madrilenys que iniciaven un tractament per abús/dependència d'heroïna (15%), cocaïna (43%), alcohol (34%) i cànnabis (8%) (amb edats compreses entre els 18 i els 57 anys). Aquesta variable es comportà com una variable tret (autoatribució general d'autoeficàcia relacionada amb la configuració global de trets que componen la personalitat) i no estat (autoeficàcia percebuda per resistir-se al consum). Per altra banda, l'autoeficàcia va presentar una relació de U invertida amb els resultats del tractament, predint millors resultats els nivells intermitjos. Els autors atribueixen aquest fet a que els nivells intermitjos s'associen a patrons menys disfuncionals de la personalitat o la salut mental. Paral·lelament, les expectatives d'autoeficàcia són majors en els individus que consideren que l'abstinència es deu a causes internes, estables i de control intern. En aquest sentit, López-Torrecillas, Martín, De la Fuente i Godoy (2000) analitzaren l'estil atribucional d'una mostra de 124 consumidors de substàncies d'entre 18 i 39 anys d'Andalusia i observaren que l'estil atribucional pels èxits (extern, inestable i específic) i l'edat predeien la cronicitat del consum d'alcohol.

- Tolerància adquirida a les propietats directes del reforçament. En cas de continuar la cerca dels efectes de reducció de l'estrès, etc. en el consum d'alcohol es produirà un

increment de la quantitat d'alcohol consumida per obtenir els mateixos efectes que produïa a l'inici una dosi menor.

- Risc de dependència física i/o psicològica. Si el nivell de consum d'alcohol augmenta i es manté en el temps existeix el risc de desenvolupar dependència física i/o psicològica. En aquest punt el consum d'alcohol pot estar reforçat negativament per l'evitació dels símptomes d'abstinència associats a períodes d'abstenció del consum d'aquesta substància. Per altra banda, el fet de confiar cada cop més en l'alcohol com a únic mètode d'afrontament dels problemes psicosocials (com per exemple l'ansietat social, el dèficit d'habilitats socials, etc.) en promou la dependència psicològica. Per altra banda, estímuls ambientals (tals com veure alcohol o olorar-lo) poden incitar el desig de consumir (l'anomenat *craving*, o fort desig o urgència de beure alcohol).
- Conseqüències recíproques. Cada episodi de consum d'alcohol comporta conseqüències individuals i socials que poden incrementar-ne el consum si augmenta l'estrès o bé a través de les diferents interaccions persona-ambient. És a dir, la persona pot esdevenir cada vegada més dependent a l'alcohol per assolir resultats positius a curt termini (eufòria, millor interacció social, reducció de la tensió, etc.), al mateix temps, va experimentant conseqüències a llarg termini personals i ambientals negatives (actitud agressiva, canvis d'humor, accidents, trencament de parella, etc.) les quals poden conduir a un progressiu aïllament de la societat i dels reforçadors alternatius, situant-se en una posició on existeixen pocs models a imitar, tenint cada vegada més limitada la cerca de mètodes d'afrontament alternatius. La Teoria de l'Aprenentatge Social sosté que la reacció dels altres en l'ambient (evitar la persona, per exemple) també incrementa l'estrès del bevedor, provocant una pèrdua de suport social i un descens de l'autoeficàcia i la capacitat d'afrontament als estressors ambientals que, a més resulta amb un increment de la beguda que comporta un alleujament a curt termini, però amb una nova pèrdua de suport social. Així successivament s'estableix un cercle viciós d'interaccions negatives persona-ambient amb la conseqüent pèrdua de control. Aquestes poden mantenir-se fins arribar a un punt de crisi o fins que intervenen elements socials externs com la policia, un hospital, etc.
- Múltiples camins biopsicosocials. La influència de diversos factors socials, situacionals o intraindividuals del consum d'alcohol variarà entre individus i també dins cada individu al

llarg del temps en combinacions deverses que poden comportar un diferent rang de consum d'alcohol. Per tant, existeixen múltiples vies biopsicosocials per l'ús, abús i recuperació del consum d'alcohol.

- Recuperació. Aquesta dependrà de l'habilitat individual per desenvolupar alternatives d'afrontament. Concretament són necessàries habilitats d'afrontament generals per la vida diària, així com habilitats d'autocontrol per la beguda.

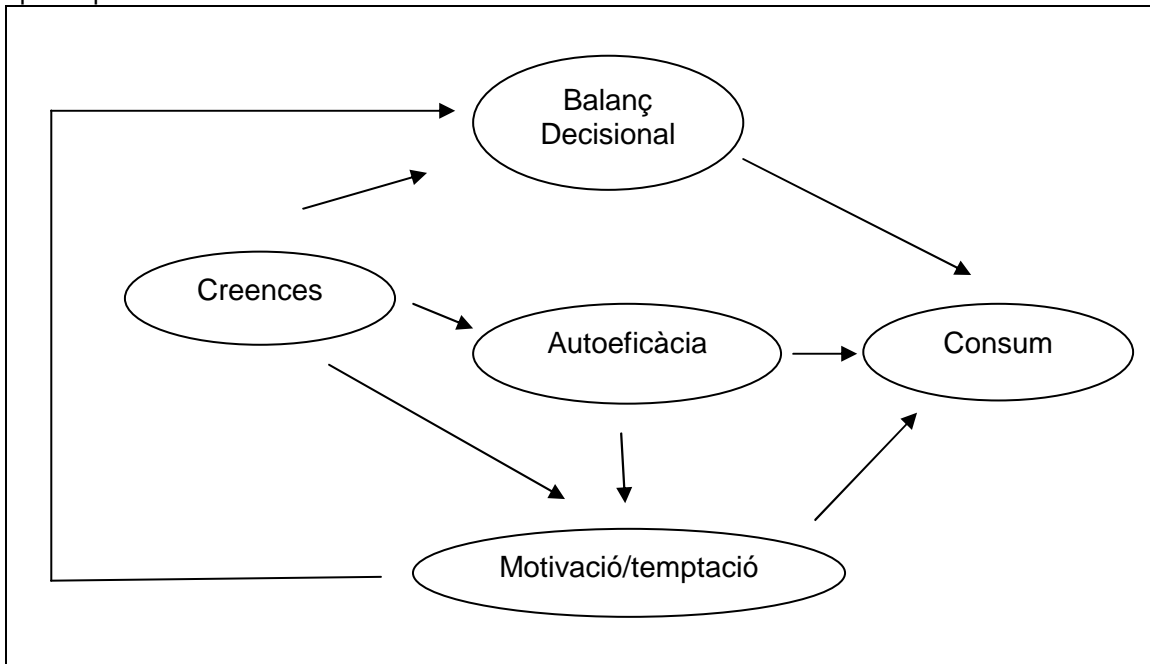
La Teoria Cognitiva Social es veu reflectida en el Model d'Etapes Motivacionals Multicomponents exposat prèviament. S'afirma que les avaluacions sobre la pròpia autoeficàcia influeixen en l'elecció, l'esforç dedicat, els pensaments, les reaccions emocionals, i la conducta efectuada. En el cas dels Precontempladors, existeixen nivells més baixos d'autoeficàcia; contràriament al cas de les persones en etapa de Manteniment. Aquells en fase d'Acció mantenen un equilibri entre la temptació i l'eficàcia donat que l'eficàcia augmenta i la temptació disminueix. En la fase de Manteniment s'inverteix el patró respecte la fase de Precontemplació, és a dir, la temptació disminueix totalment i l'eficàcia pren el punt màxim i es manté elevada (Sánchez-Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás i Morales, 2002).

Els autors Dijkstra, Conijn i De Vries (2006) han publicat un article posant a prova la investigació teòrica i els components clau de les intervencions eficaces. El seu últim estudi se centra en el que podria ser la prova crítica per un model de fases, aportant evidències en relació als beneficis de les intervencions ajustades a les etapes així com la validació del Model Social Cognitiu per Etapes (*Social Cognitive Stage Model*) (SCSM). El que afirmen els autors és que afegir etapes de canvi pot ajudar a salvar les principals febleses de la Teoria Cognitiva Social (TCS) com per exemple la falta d'integració de les variables que la conformen. Dijkstra et al. (2006) i Dijkstra, De Vries i Bakker (1996) detectaren una clara relació entre les Etapes de Canvi, les expectatives positives i negatives i l'autoeficàcia: en l'etapa de Precontemplació les expectatives negatives (Contres) eren més elevades que les expectatives positives (Pros), mentre que les dues es mostraven semblants en l'etapa de Contemplació. En l'etapa de Preparació les expectatives positives eren més elevades que les negatives. Per la seva banda, l'autoeficàcia no va augmentar significativament fins l'etapa d'Acció. També es va detectar una nova equivalència amb el MTC: el màxim increment de les expectatives positives a través de les etapes se situa en 1.07 desviacions típiques, comparades amb l'increment d'1 DT en el cas dels

Pros detectat per Prochaska et al. (1994). El decreixement mitjà en les expectatives negatives va ser de 0.45 DT comparades amb les 0.5 detectades pels Contres en Prochaska et al. (1994). Dijkstra et al. (2006) van trobar que les intervencions lligades a les etapes produïen un major progrés amb una *odds ratio* de 2.6 en l'etapa d'Acció a 4.2 en Contemplació. Els autors suggereixen que és probable que existeixi una relació lineal entre el grau de desajustament i la quantitat de progrés. Per exemple, fumadors en l'etapa de Precontemplació són els que més progressen amb les expectatives positives i els que menys en autoeficàcia, mentre que esdevé el patró contrari per aquells en etapa d'Acció. Es podria dir que la TCS s'està convertint en un Model Transteòric, tenint en compte que l'essència del MTC és la integració de les variables de canvi a través de les teories. Si això fos així dos models que alguns han vist com a competidors podrien convertir-se en col·laboradors principals (Prochaska, 2006).

En aquest sentit, Londoño (2007) ha desenvolupat un Model Cognitiu Social Integrat per la prevenció de l'abús del consum d'alcohol mitjançant la conjunció de diferents models cognitius integrals, entre ells: el *Model de Creences de Salut* (expectatives davant el consum), el *Model de l'Autoeficàcia* (percepció de la capacitat de resistir la temptació de consum, entesa com els estímuls ambientals que augmenten la probabilitat que l'individu consumeixi alcohol, i les expectatives de resultat), la *Teoria de l'Acció Raonada* i la *Teoria de l'Acció Planificada* (la norma subjectiva del context) i el *Procés d'Adopció de Precaucions* (balanç decisional dels aspectes favorables i desfavorables del consum d'alcohol que afecten l'actitud cap aquesta conducta). Van formar part de l'estudi 450 estudiants universitaris colombians d'entre 16 i 25 anys. Els resultats revelaren que el balanç decisional, les creences, l'autoeficàcia i la motivació/temptació tenien un alt poder predictiu del nivell de consum (avaluat segons quatre categories: no consumeix, consumeix de forma moderada, realitza un consum perjudicial o bé mostra dependència alcohòlica, extreptes de l'administració del test AUDIT). La pressió de grup no va mostrar evidències de predictibilitat del consum, pel que es va rebutjar la seva inclusió en el model. Per altra banda, i en relació als lligams entre les variables es van detectar vincles significatius entre les creences i la motivació/temptació, i entre les creences i el balanç decisional, així com una relació inversa entre la motivació/temptació i l'autoeficàcia. Al quadre 3.2.3.1. es mostren les interaccions existents entre les variables incloses al model.

Quadre 3.2.3.1.: Interaccions entre les variables proposades en el Model Cognitiu Social Integrat per la prevenció de l'abús del consum d'alcohol



Elaborat a partir de Londoño (2007)

En la mateixa línia, els autors Fernández i Llorente (2006) es proposaren validar el model basat en l'Aprenentatge Social-Cognitiu en el tractament de deshabitució de 671 espanyols drogodependents amb una edat mitjana de 28.6 anys ($DT = 4.7$). Després d'aplicar una anàlisi factorial exploratòria detectaren, de nou, la rellevància dels 4 factors: 1) els constructes relatius a les atribucions causals, 2) la situació psicològica i motivació al canvi, 3) els resultats esperats de l'abstinència i el seu valor subjectiu i 4) l'autoeficàcia i el locus de control sobre el consum de drogues.

3.3. MODEL EVOLUTIU DE KANDEL Kandel (1973, 1975)

La idea principal que sustenta el model evolutiu de Kandel (1973, 1975), també anomenat d'entrada o d'escalada (*The Gateway Hypotesys*), fa referència a que el consum de drogues legals, és a dir, tabac i alcohol, pot actuar com a facilitador d'una posterior experimentació amb cànnabis i d'una possible progressió cap al consum d'altres drogues il·lícites. Les quatre fases detectades en el consum de drogues segons aquesta autora són: 1) consum de cervesa o vi, 2) cigarretes o licors, 3) cànnabis i 4) altres drogues il·legals (cocaïna, heroïna, etc.). És a dir, sovint els adolescents comencen prenent alcohol i tabac, més tard passen a consumir cànnabis i en alguns casos estimulants, opiacis, substàncies al·lucinògenes o d'altres drogues il·legals (Kandel i Yamaguchi, 1985). Així doncs, les drogues legals se situen en una posició intermitja entre el no consum i el consum de cànnabis abans de passar al consum d'altres drogues il·legals.

Per tal de provar la seva hipòtesi, Kandel (1975), va fer el seguiment d'una mostra d'adolescents al llarg de 25 anys, fins a l'adulthood. La mostra inicial fou composta per 1,622 joves de l'escola secundària de Nova York dels cursos 10è i 11è (el que equivaldria a 4t d'ESO i 1r de Batxillerat en el sistema educatiu vigent al nostre país). L'autora va prendre contacte amb la mostra en quatre ocasions diferents: la primera entre els anys 1971-1972 quan els participants tenien una edat mitjana de 15-16 anys; una segona ocasió, entre 1980-1981, quan l'edat mitjana se situava entre els 24 i 25 anys; una tercera vegada, l'any 1984, quan la mostra tenia entre 28 i 29 anys i una darrera entre els anys 1990-1991 quan els joves comptaven amb una edat compresa entre els 34 i 35 anys.

3.3.1. La iniciació al consum de substàncies i la seva evolució.

En la segona fase de la recollida de dades, es pretenia analitzar l'evolució en el consum de drogues per tal d'explicar-ne els patrons d'inici, estabilització i disminució (Kandel i Yamaguchi, 1985). Van continuar formant part d'aquesta segona part de l'estudi 1,325 joves els quals van representar un 81.7% de la mostra inicial. Aquests participants van ser entrevistats en relació al consum de: drogues legals (tabac i alcohol), il·legals (cànnabis, psicodèliques, cocaïna i heroïna) i ús medicinal i no medicinal de drogues psicotròpiques (metadona, tranquil·litzants, sedatius, estimulants, antidepressius i opiacis diferents de l'heroïna).

La major prevalença de consum (en demanar als participants que valoressin quines drogues havien provat al llarg de la seva vida) es va detectar entre les drogues legals (99% alcohol i 79% tabac), seguides de prop pel cànnabis pel que respecta a les drogues il·lícites (72%). La resta de drogues il·legals amb major ús foren: la cocaïna (30%) i les drogues psicodèliques (25%). A continuació se situaren els tranquil·litzants (24%), mentre que únicament un 3% havia consumit heroïna alguna vegada a la seva vida. Per gènere els homes van reportar major prevalença de consum en general en totes les drogues, tot i que aquest fet es va invertir pel que respecta als tranquil·litzants i els estimulants.

Les taxes d'iniciació al tabac, alcohol i cànnabis augmentaren fins l'edat de 18 anys i a partir d'aquesta disminuïren bruscament. El consum d'**alcohol** és el que aparegué primer en la vida de les persones, amb un 20% de participants que n'havien pres abans dels 10 anys i més del 50% als 14 anys. La prevalença de consum per tant, s'inicia cap als 10 anys, s'incrementa de forma notable cap als 12 i continua l'escalada fins els 18 anys, si bé la iniciació després dels 18 anys esdevé en comptades ocasions. És per això que alguns autors consideren aquesta substància la clau en l'itinerari d'accés a altres drogues (Secades, 1998).

En el cas del **tabac**, la taxa d'inici es detectà cap als 12 anys i experimentà un procés similar a l'esmentat per l'alcohol.

La iniciació al **cànnabis** es perfilà cap als 13 anys en els casos més precoços, amb un increment fins els 18 anys experimentant el decreixement en les taxes d'inici entre els 19-20 anys. Aquesta substància va tenir taxes d'inici més tardanes que les dues anteriorment esmentades ja que es detectaren casos de primera experimentació entre els 23 i 24 anys. Aquest patró és molt similar al que es descobreix pel cas de les **drogues psicodèliques** (amb una major taxa d'inici al voltant dels 14 anys i un pic als 17, amb un ràpid decreixement fins els 23 anys).

La **cocaïna** per la seva banda mostrà algunes diferències ja que evidencià un increment del risc d'iniciació al llarg de la vida (almenys fins els 25 anys que fou l'edat màxima analitzada fins aquest moment en l'estudi).

Pel que respecta a la **medicació** (tranquil·litzants), existeixen baixes taxes d'iniciació en els medicaments no receptats, mentre que els prescrits sofreixen un increment a través dels anys.

Entre els 20 i 21 anys la taxa d'iniciació dels medicaments prescrits superava als no receptats i als 23 anys la taxa dels prescrits doblava la taxa detectada als 22.

En aquesta línia els autors també van analitzar l'edat en què el 90% dels consumidors de cada substància s'havien iniciat en el seu ús i aquesta va resultar ser: 18 pel cas de l'alcohol, 19 pel tabac, 20 pel cànnabis, 21 per les drogues psicodèliques, 23 pels tranquil·litzants (no prescrits) i sedants (receptats i no receptats) i 24 pels tranquil·litzants receptats i la cocaïna.

Chen i Kandel, al 1995, van publicar l'estudi resultant de la darrera fase de recollida d'informació de la qual en van formar part 1,160 participants d'entre 34 i 35 anys, els quals suposaven el 71.5% de la mostra contactada inicialment. Els resultats obtinguts van revelar que després dels 29 anys ningú s'havia iniciat al consum de cap droga legal ni il·legal. L'edat d'inici al consum de substàncies més elevada fou detectada en el cas de les substàncies mèdiques receptades, seguida de l'heroïna o medicaments presos sense prescripció mèdica (tranquil·litzants). Els pics per l'inici de consum foren: 18 anys per l'alcohol, 16 pel tabac, 18 pel cànnabis, entre 21 i 24 per la cocaïna, essent molt similars entre nois i noies. Posteriorment alguns autors (Fergusson, Boden i Horwood, 2006) han explicat aquest decrement en l'edat d'inici al consum de substàncies per mitjà de:

- La maduració social: la qual ofereix més habilitats per a poder resistir la pressió al consum.
- La maduració biològica: els cervells més immadurs poden ser més susceptibles als efectes de les substàncies.
- Els efectes de la dependència: els que van iniciar-se més tard en el consum de cànnabis tenen menys predisposició al consum de drogues il·lícites.

En definitiva, el període de màxim risc per la iniciació en l'ús de cigarretes, és abans dels 19 anys, per l'alcohol abans dels 18 anys i pel cànnabis abans dels 20 anys. Mentre que el període de risc d'iniciar-se en el consum de drogues il·legals diferents del cànnabis i de fàrmacs receptats és més tardà (Chen i Kandel, 1995).

La iniciació als anys vuitanta del consum de **crack** com a variant de la cocaïna va conduir a Kandel i Yamaguchi (1993) a incloure aquesta substància en un nou treball junt amb l'alcohol, el tabac, el cànnabis i la cocaïna. Els resultats obtinguts van col·locar el consum de crack en el mateix moment temporal que el de la cocaïna en el 40% dels casos, més concretament l'edat d'inici mitjana detectada per l'alcohol es va situar als 12.5 anys ($DT = 2.6$), 12.9 anys pel tabac ($DT = 2.4$), 14.6 anys pel cànnabis ($DT = 2$), 15.8 anys pel crack ($DT = 2$) i 15.9 anys per la cocaïna ($DT = 1.6$). Per tant, els joves primer s'inicien en el tabac i l'alcohol, i a continuació en drogues il·legals, de les quals la primera és el cànnabis, mentre que les darreres substàncies que apareixen en la cadena d'escalada són la cocaïna i el crack. Per altra banda, més del 40% dels joves començaren en el consum de cocaïna i crack a la mateixa edat, si bé entre els que no ho van fer són majoria els que primer van provar la cocaïna. Així doncs, el model que millor s'ajusta pels dos gèneres especifica un ordre entre la cocaïna i el crack de manera que el 78% i el 63% dels consumidors de crack havien usat, respectivament, cànnabis i altres formes de cocaïna abans que el crack. Val a dir però que Kandel i Yamaguchi (1993) detectaren un subgrup, únicament un 1% i un 10% dels participants, que es van iniciar en el consum de cocaïna i crack, respectivament, abans que en el de cànnabis.

Els resultats obtinguts fins al moment permeteren a Kandel i Yamaguchi (1985; 1993) afirmar que el consum de les diferents drogues està relacionat en forma d'un patró seqüencial que comença a l'adolescència. És a dir és molt poc probable que els adolescents experimentin amb el cànnabis sense haver consumit abans alcohol o tabac. I al mateix temps, pocs són els que s'inicien en el consum de drogues il·lícites diferents del cànnabis sense haver provat el cànnabis prèviament. Per tant la successió d'etapes del consum de substàncies són: **alcohol, tabac, cànnabis, altres drogues il·legals i psicofàrmacs prescrits mèdicament.**

Aquest model ha estat contrastat per altres autors, així Hawkins, Hill, Guo i Battin-Pearson (2002) realitzaren un estudi longitudinal entre 808 adolescents nord-americans (els quals foren contactats 9 vegades al llarg d'11.5 anys). L'inici del consum d'alcohol va augmentar significativament el risc de consumir tabac i viceversa, i ambdós foren predictors de la iniciació al consum de cànnabis. Kelley, Denny i Young (1999) en l'anàlisi de 811 estudiants de quart cinquè i sisè (equivalent a 4t, 5è i 6è de Primària) d'Arkansas i Missouri novament descobriren l'existència de diverses etapes d'adquisició del consum de substàncies passant a través de l'alcohol, el tabac i el cànnabis.

El model de la porta d'entrada no ha estat únicament aplicat als Estats Units, sinó que ha estat corroborat a altres indrets com n'és exemple l'estudi de Saddichha, Sinha i Khess (2007) el quals el van aplicar a l'est de l'Índia entre 70 persones que formaven part d'un centre d'atenció a les addiccions, on la demanda més habitual es trobava relacionada amb l'alcohol i els opiàcids. Saddichha et al. (2007) constataren que l'alcohol i el tabac eren les drogues d'inici més freqüents en ambdós grups de dependents actuals (a l'alcohol i als opiàcids), actuant com a porta d'entrada a la resta de substàncies. Aquest fet conduí als autors a formular la necessitat d'establir programes de prevenció del consum de tabac i alcohol a edats precoces amb la finalitat d'aturar l'escalada. L'alcohol no tan sols s'ha descobert com la substància generalment iniciadora del consum d'altres drogues sinó que l'estudi portat a terme per Brown, Tapert, Tate i Abrantes (2000) posiciona l'alcohol en primer lloc pel que respecta a la substància escollida pels adolescents en la represa del consum de drogues després d'haver realitzat un tractament d'addiccions. L'estudi es va realitzar amb 157 adolescents d'entre 13 i 18 anys pertanyents a centres hospitalaris de tractament d'addiccions de l'àrea de San Diego que foren avaluats al cap de 6 i 12 mesos d'haver rebut l'alta mèdica. L'alcohol va estar involucrat en el 46% dels episodis d'ús post-tractament.

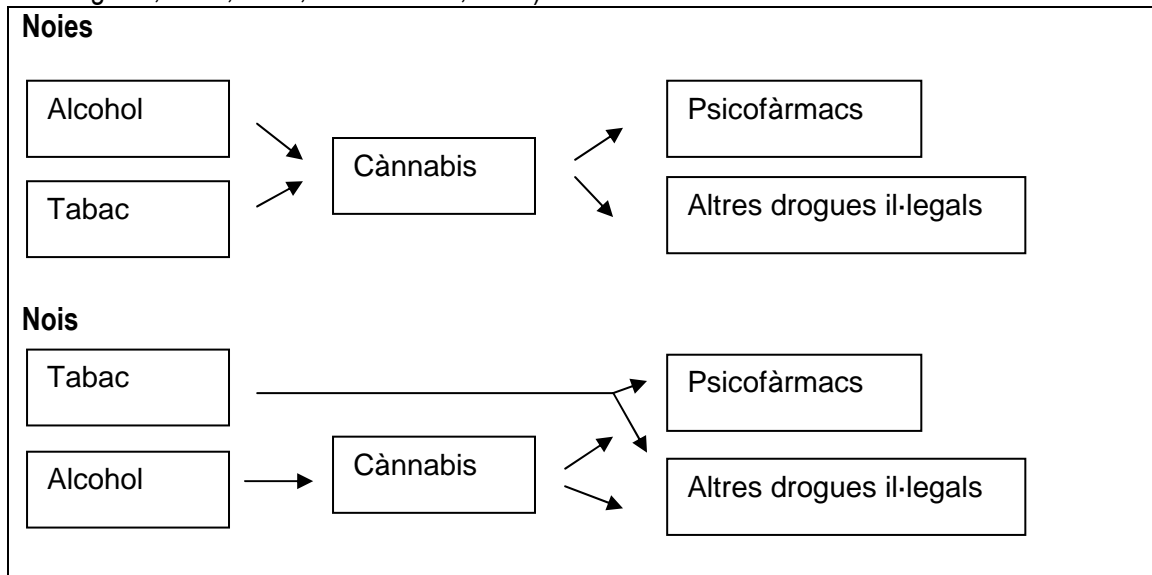
3.3.1.1. Diferències entre nois i noies

L'inici en el consum de les drogues tant legals com il·legals és molt similar entre nois i noies, tot i que existeix una major taxa de risc de consum entre els nois, al mateix temps que ells continuen incrementant l'ús més ràpidament que les noies. En canvi, els nois presenten una menor taxa de risc de consum de fàrmacs prescrits mèdicament que les noies.

Per altra banda, es detecten algunes diferències que responen al gènere de manera que en la progressió pels diferents estadis de consum de drogues existeix més rellevància de l'alcohol entre els nois i del tabac entre les noies (Kandel i Yamaguchi, 1985; 1993; Kandel, Yamaguchi i Chen, 1992). Concretament es detecta que entre les noies el consum de tabac per si sol pot precedir el consum de cànnabis, en absència del consum d'alcohol; així com el consum de tabac precedeix l'ús d'altres drogues il·legals i de psicofàrmacs prescrits en absència del consum de cànnabis (sempre i quan existeixi un consum de tabac).

Per contra en els nois el consum d'alcohol mostra una major rellevància que el tabac en el posterior consum de cànnabis, podent fins i tot precedir-lo. Igualment en els nois el tabac pot ser previ al consum de drogues il·legals diferents del cànnabis (Kandel i Yamaguchi, 1985; 1993; Kandel et al., 1992). És a dir, el consum per part de noies i nois esdevindria segons l'esquema presentat a continuació en el quadre 3.3.1.1.:

Quadre 3.3.1.1.: Diferències en l'inici del consum de substàncies entre nois i noies (Kandel i Yamaguchi, 1985; 1993; Kandel et al., 1992).



Són més els autors que han detectat noves diferències en la hipòtesis d'entrada entre nois i noies. En aquest sentit, Crankshaw (2009) va realitzar un estudi amb 4,974 adolescents nord-americans, dels quals 1,630 es trobaven en la transició del 6è grau a 7è (equivalent al pas entre l'Escola Primària i el 1r d'ESO) i 3,344 del 7è a 8è (equivalent a la transició de 1r a 2n d'ESO). L'estudi estava centrat en l'anàlisi de les substàncies inhalants sota la hipòtesis de ser precursora, i per tant servir de porta d'entrada, d'altres drogues. Aquesta hipòtesis es confirmà en el cas de les noies blanques ja que s'evidencià que el consum d'inhalants precedia i augmentava la probabilitat d'ús de cànnabis en ambdós períodes de transició, complint-se aquest criteri de forma significativa després del control de característiques psicosocials. Si bé, en el cas dels nois blancs i els nois/noies afroamericans no es van detectar proves a favor de que els inhalants portessin a terme una funció de porta d'entrada.

3.3.1.2. Factors implicats en el consum

Kandel i Yamaguchi (1985) decidiren analitzar el consum de substàncies tenint en compte altres variables que s'havien registrat durant l'adolescència, tals com: 1) ús de drogues en una etapa baixa durant el darrer mes o al llarg de la vida per aquells que no l'haguessin pres en el mes anterior, 2) edat d'inici, 3) edat d'inici per altres drogues, 4) raça, educació dels pares, participació en conducta delictives, consum de cànnabis per part dels amics, actituds vers el cànnabis, proximitat als pares, consum de drogues psicòtropes per part de la mare, indemnitat de la família, simptomatologia depressiva, abandonament de l'institut i absència escolar. D'aquestes variables les que mostraren efecte en la progressió en el consum de drogues són:

- L'inici al consum de cànnabis: el consum actual d'alcohol i tabac, tenir més de 20 anys (especialment a partir de 22) i l'edat d'inici al consum d'alcohol precoç (més en els nois). En aquest sentit, l'elaboració del model predictiu pronosticà que el 39% dels nois i el 30% de les noies que haguessin iniciat el consum d'alcohol als 15 anys practicarien consums de cànnabis als 25 anys. No obstant, cal esmentar que existeix un 4% de la mostra que es va iniciar en el consum de cànnabis sense haver consumit cap de les dues drogues legals.
- Iniciació al consum d'altres drogues il·legals: la propensió fou major entre aquells que actualment consumien o havien consumit cànnabis. Per altra banda, es detectà certa influència de la pràctica de conductes delictives i del consum de cànnabis per part dels amics en l'adolescència, però no en la joventut. Al mateix temps, els nois que van iniciar-se precoçment en el consum de cànnabis (abans dels 16 anys) experimentaren el consum d'altres drogues il·lícites en major proporció de la que caldria esperar, i conseqüentment les probabilitats de consum foren molt baixes entre aquells que s'havien iniciat en el cànnabis després dels 19 anys (únicament el 6% de la mostra ho va fer). És més, la probabilitat d'ús de drogues il·lícites, si mai s'havia pres cànnabis, era molt improbable (molt menys probable que de consumir cànnabis sense haver pres anteriorment drogues legals). Aquest fet fou descobert també per Golub i Johnson (1998) els quals analitzaren les dades de 1,003 toxicòmans amb consums greus. Detectaren que en aquest col·lectiu beure alcohol no era un requisit previ per la progressió al consum de cànnabis, mentre que el consum de cànnabis quasi sempre precedia l'ús de substàncies més greus.

Per tant, la conclusió dels autors Kandel i Yamaguchi (1985) va en la línia de que el cànnabis predisposa al consum d'altres drogues il·legals i que l'experimentació precoç en el consum de drogues és un factor de risc de progressió cap a consums més greus. Aquest últim factor, l'edat d'inici prematura, també va ser detectat en un posterior estudi (Kandel i Yamaguchi, 1993) on aquells que progressaven en el consum de cocaïna, i especialment de crack, s'havien iniciat al consum d'alcohol, tabac i cànnabis uns dos anys abans de mitjana que aquells que no van avançar cap al consum de cocaïna en cap de les seves versions. Al mateix temps, els usuaris de crack van iniciar-se un any abans en el consum de cocaïna que aquells que prenién únicament cocaïna i no crack.

Alguns autors (Donovan i Jessor, 1985; Donovan, Jessor i Costa, 1988) proposen que l'ús d'aquestes substàncies és un símptoma d'un conjunt més ampli de conductes destructives al qual anomenen *Syndrome of Problem Behavior in Adolescence* (que inclou: consum d'alcohol, de cànnabis, activitats delictives i activitat sexual precoç) i per tant suggereixen que el cànnabis no tindria un efecte independent sobre l'ús d'altres drogues. Per la seva banda, Merrill, Kleber, Shwartz, Liu i Lewis (1999) analitzaren el consum de drogues de 2,871 estudiants d'entre 9è (equivalent a 3r d'ESO) i 12è (equivalent a 2n de Batxillerat). L'anàlisi de regressió logística determinà que entre els alumnes més grans, els que havien consumit cigarretes abans dels 13 anys tenien una probabilitat 3.3 vegades major d'usar cànnabis en comparació amb aquells que mai havien fumats, essent l'odds ratio de 4.5 pel cas de l'alcohol. Paral·lelament, aquells que prenién cànnabis abans dels 14 anys eren 7.4 vegades més propensos a usar altres drogues. Aquestes relacions es demostraren fins i tot després de considerar altres conductes de risc (activitat sexual, comportaments violents, contemplació del suïcidi, conduir begut o viatjar en un cotxe on el conductor va begut, trastorns alimentaris) i de protecció (fer esport en equip o haver parlat amb els pares del virus VIH).

- Iniciació al consum de psicofàrmacs prescrits: El consum, actual o passat, d'altres drogues il·lícites en promogué l'ús. Per altra banda, una alta simptomatologia depressiva a l'adolescència també va estar associada a aquest consum, així com el consum de psicofàrmacs per part de la mare i l'abandonament de l'institut en les noies. L'ús d'aquestes substàncies mostrà una clara tendència a l'augment amb l'edat. I les persones que van iniciar-se precoçment al consum de cànnabis presentaren el doble de probabilitats d'iniciar-se al consum de psicofàrmacs en relació a aquelles que mai havien

pres cànnabis. Cal tenir present però que la iniciació als psicofàrmacs no depèn únicament de l'individu sinó que en part necessita de les mesures adoptades per un metge.

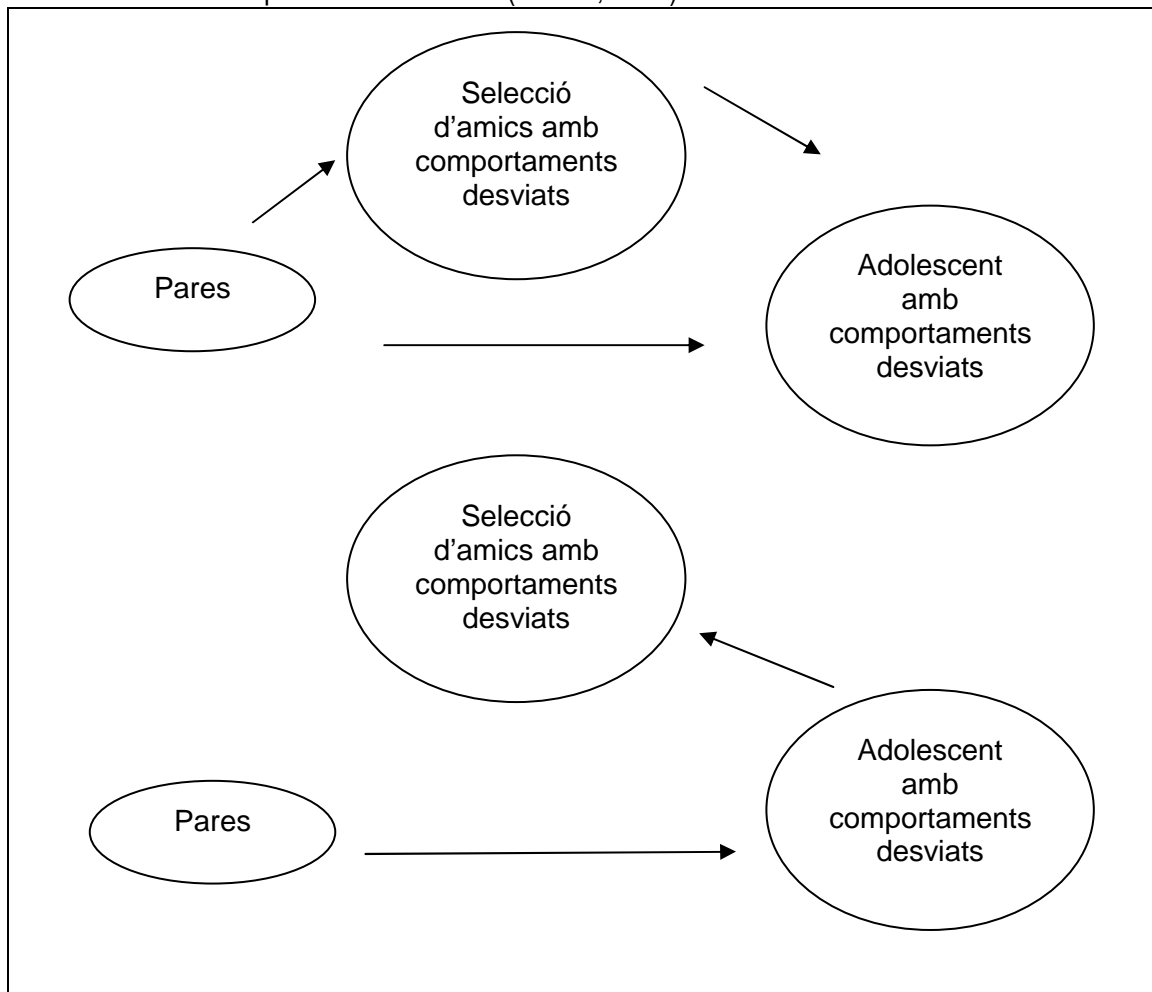
A banda d'aquestes variables, el Model Evolutiu ha dedicat molta atenció al paper de la **família i els amics** en el consum de drogues, per considerar-ne la influència més rellevant seguida pels factors individuals i altres conductes desviades (Kandel, 1996). Adler i Kandel (1982) provaren el Model Evolutiu en tres mostres d'adolescents diferents: 499 francesos, 609 israelians i per últim 8,206 americans. En els tres països es va descobrir com a millor predictor del consum d'alcohol: beure per part de pares i amics. Més concretament, detectaren que els pares tenien més influència a Israel mentre que els amics tenien un major pes als Estats Units en comparació amb França i Israel. Posteriorment Kandel, Raveis i Davies (1991) atorgaren al consum de drogues del principal amic el major pes predictiu en el consum de substàncies. No obstant, Kandel i Wu (1995) en una mostra de 201 triades pare-mare-fill (amb una edat mitjana de 12.6 anys) van descobrir una forta importància del consum de tabac matern i de la magnitud d'aquest consum en la conducta de fumar dels adolescents, sobretot en les filles.

Així doncs, família i amics s'han vist des de fa molt de temps com les dues grans forces que influeixen sobre els adolescents però al mateix temps es poden veure com a forces dissonants i competidores. La família generalment és percebuda com la institució transmissora dels valors tradicionals a la societat. Els amics, per altra banda, són sovint concebuts com les forces que afavoreixen la desviació. No obstant Kandel (1996) afirma que les famílies poden ser desviants i els amics conformants. L'autora defensa la idea que la influència dels amics s'ha sobreestimat, és a dir, tot i que és cert que els amics són més influents en conductes de risc i aspectes immediats de l'estil de vida com beure i usar altres drogues, els pares són més influents en objectius de més llarga durada com ara les aspiracions educatives. Així, Kandel (1996) distingeix diverses influències:

- **L'efecte directe** dels pares ho és pel rol de modelat (i normes) i per la qualitat en la interacció amb els fills (especialment en el seguiment de les activitats dels fills i la proximitat).

- **La influència indirecta** dels progenitors es manifesta sobre els amics amb qui el fill escull unir-se (quadre 3.3.1.2.):
 - o L'efecte intern a la família: els comportaments parentals, les normes, el pobre maneig de tècniques educatives (per exemple, la falta de seguiment de les activitats del fill), la disciplina inapropiada i la falta de proximitat són aspectes importants que poden conduir a una associació desviada amb els amics.
 - o La influència externa a la família: formada per les relacions amb individus, amb la família i la comunitat, és a dir l'anomenat *capital social*. Deficiències en el capital social van en detriment del desenvolupament de la gent jove i possibiliten l'evolució cap a un comportament antisocial. La interacció dels pares amb els pares dels amics, amb els propis amics dels fills, en xarxes tancades on es parla de què és millor pels seus fills, on poden crear normes socials, etc. són elements entesos com a favorables en el desenvolupament dels fills.

Quadre 3.3.1.2.: Model causal d'influència indirecta dels pares en l'associació d'adolescents amb amics amb comportaments desviats (Kandel, 1996).



Pel que fa als diferents estadis de l'adolescència s'ha observat que els pares són més influents a les edats més joves i els amics a edats més avançades (Kandel, 1996). Sovint però s'ha sobreestimat la influència dels amics, és a dir, les persones tendeixen a seleccionar aquells amics amb qui comparteixen preferències. Com el resultat de contínues associacions els amics s'influencien els uns als altres i esdevenen més similars amb el temps. Per tant alguns estudis afirmen que és més important la selecció que la influència, sobretot en la conducta de fumar i beure, quan s'estudien parelles d'amics, però la importància s'equipara pel tabac quan s'estudien grups de tres o més amics (Kandel, 1996).

Per altra banda, quant a la influència dels amics en el consum de drogues caldria fer estudis longitudinals perquè els amics van canviant en el temps. Així Kandel (1996) va descobrir que els nivells de similitud variaven en funció de l'etapa d'amistat, és a dir, segons si aquesta es trobava en: procés de formació, fase estable o recentment dissolta. En aquest sentit, les amistats que es dissolien mostraven menys similitud en comparació amb les estables. Simultàniament, les amistats recentment formades eren més similars que les parelles d'amics que ho serien amb el temps. I entre les parelles estables la similitud va augmentar lleugerament. La similitud més baixa detectada va ser entre les parelles inestables, abans de la dissolució i després d'aquesta (Kandel, 1996).

Ahora cal matisar que sovint és el jove qui informa de l'estat de l'amic, per tant el que realment s'acaba avaluant és la percepció que es té de l'altre, i hi intervenen atribucions i projeccions, al mateix temps que sovint tendim a augmentar les congruències amb els altres i l'ambient social. Aquest efecte també té lloc en relació als pares i pot generar certa distorsió en els resultats (Kandel, 1996).

3.3.2. Estabilització del consum i escalada

Chen i Kandel (1995) detectaren un augment del consum de les diferents drogues, en general, al llarg de l'adolescència. Concretament, l'ús d'alcohol i tabac s'estabilitzà a finals de l'adolescència (al voltant dels 19 anys), mentre que pel cas del cànnabis s'observà un augment continu fins els 19 anys i un posterior període d'estabilització d'entre 4 i 5 anys. El consum d'altres drogues il·legals a banda del cànnabis seguí el mateix patró que aquest (amb la peculiaritat que quasi el triple d'homes que de dones n'usaven). Per altra banda, el 56% d'homes i el 42.8% dones

(48.9% total) havien pres substàncies il·legals algun cop a la seva vida, a part del cànnabis. La proporció màxima en qualsevol punt del temps fou de 18.9% en homes i 7.5% en dones (12.4% total). Tanmateix, la proporció global de drogues psicoactives, tot i no ser molt alta, es mantingué estable durant l'edat adulta, sense disminucions ni pics (entre 2% i 4% de promig d'ús general i acumulació i prevalença al llarg de la vida de 37.5% en homes i 50.4% en dones) (Chen i Kandel, 1995).

Per l'alcohol el període de màxim ús fou entre els 19 i els 21 anys, concretament als 19 anys el 90% dels nois en consumia de forma mensual, així com el 82% de les noies. Pel cànnabis l'etapa de màxim consum es veu representada entre els 19 i els 22 anys. Per tant el màxim ús d'alcohol i cànnabis és experimentat fins a l'inici de la vintena, essent les proporcions més altes per l'alcohol que pel cànnabis i més altes en aquestes dues substàncies que en el tabac i la cocaïna, en aquesta etapa. El consum de tabac augmentà cap els 20 anys i s'estabilitzà cap els 22 i esdevingué el patró més estable en el temps pel que respecta a la quantitat consumida (Chen i Kandel, 1995; Kandel i Yamaguchi, 1985).

En relació al consum diari o quasi diari (a partir de 4 cops per setmana en l'alcohol i el cànnabis, i a diari pel tabac) la proporció de bevedors a diari o fumadors és estable des dels 19 anys fins a mitjans dels 30 anys. En aquest sentit, un 12% dels bevedors ho fan com a mínim 4 cops per setmana, així com el 45% de tots els fumadors consumeixen cigarretes a diari. Les quantitats d'alcohol begudes però varien més en el temps que no ho fan la proporció de consumidors a diari i són majors a l'inici de la vintena. L'ús quasi diari del cànnabis revela un patró lleugerament maduracional amb un pic a l'adolescència i als 20 anys (Chen i Kandel, 1995). Pel que respecta a la quantitat de droga consumida en l'ús diari, entre el 27 i el 30% dels fumadors que ho feien cada dia consumien d'un paquet a un paquet i mig des dels 24 als 35 anys (extret de l'anàlisi durant tres períodes: 24-25 anys, 28-29 anys i 34-35 anys). En el consum d'alcohol diari les proporcions es presentaren força estables al llarg dels deu anys. No obstant, el percentatge de bevedors de 5 o més begudes en una única ocasió van passar en els tres períodes: 33.7% a 25.5% i 21.9% respectivament. En el consum de cànnabis les proporcions disminuïren amb l'edat, de manera més clara entre aquells que feien consums molt elevats ja que minvaren aquest consum en un 50%. De forma similar el consum de dos o més porros fou al llarg del temps de: 56.7% a 53.6% a 35.7% respectivament.

En resum, l'estabilització dels patrons de consum esdevé al voltant dels 19 anys, amb una disminució a partir dels 22 anys (en l'alcohol i drogues il·legals), en contra del consum de cigarretes que es manté més estable en el temps (Kandel i Yamaguchi, 1985).

Kandel i Davies (1992) van voler estudiar les característiques del consum regular de cànnabis ja que en estudis anteriors havien observat que tot i que la majoria de consumidors de cànnabis en fan un ús esporàdic, un sorprenent percentatge d'aquells que algun cop havien experimentat amb cànnabis progressaven cap a un consum diari. Aquest consum es caracteritza per un inici del consum regular (diari) entre els 19 i 20 anys, el qual dura una mitjana de 3 anys i mig. Per altra banda, la majoria d'aquells que acostumen a consumir-ne cada dia prenen altres drogues simultàniament, és a dir, esdevenen policonsumidors de substàncies.

Es detectaren dues tipologies de consumidors de cànnabis:

- Participació en delinqüència. Participen d'actes delinqüents i mostren menys compromís amb l'educació. Acostumen a progressar cap a nivells perillosos i perjudicials.
- Aspiracions a alta educació. Experimenten com una part de l'adolescència buscant noves experiències però estan prou integrats a la societat com per no evolucionar cap a un consum perillós.

3.3.2.1. Factors implicats en l'estabilització del consum i l'escalada

Cal matisar però que d'acord amb aquest Model Evolutiu l'ús d'una droga legal és condició necessària però no suficient per avançar a una etapa posterior, és a dir, no s'estableix una relació de causalitat i per tant, l'ús d'una droga legal pot no implicar el progrés cap al consum de la següent, sinó que es parla en termes de probabilitat. Així per algú que ha fumat o begut sempre, el risc de consumir cànnabis és 65 vegades superior que per una persona que no ha fumat o begut mai. Al mateix temps, el risc de consumir cocaïna és 104 vegades major per algú que ha pres cànnabis com a mínim una vegada al llarg de la seva vida que per una persona que no ho ha fet (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994; c.f. Becoña, 1999). En aquest progrés hi intervenen diversos elements els quals seran mencionats a continuació.

Els diferents factors implicats en l'inici de consum regular i en l'escalada del consum de cànnabis són, segons Yamaguchi i Kandel (1984):

- Inici precoc. Aquells que s'inicien aviat en el consum de cànnabis se situen en un risc més gran de consum diari i per més temps així com també comporta un major risc de progressió cap a altres drogues il·legals.
- Família. Una història de tractament de desordres mentals, així com de gran consum d'alcohol per part del pare ocorre amb major freqüència entre aquells joves que escalen vers els que no. Això pot indicar efectes de genètica, de l'ambient o d'ambós. Per altra banda, la vinculació amb la família té un important efecte en la fase d'iniciació al consum de cànnabis.
- Rol protector del desenvolupament acadèmic. El compromís amb els estudis dissuadeix de regularitzar el consum de cànnabis i protegeix de l'escalada de consum d'altres drogues il·legals. Al mateix temps ho fa la sensació de pertànyer a grups socials (a la família, a actes religiosos, etc.). En certa manera aquest fet pot estar indicant que qui té un bon rendiment acadèmic percep que té més a perdre a l'hora d'involucrar-se en un consum de drogues.

A més, altres factors influents en l'ús continuat de drogues durant l'adulthood són per una banda aquells relacionats amb el consum en un període anterior: **l'experiència recent** i la **freqüència d'ús** i per l'altra totes aquelles variables que promouen la iniciació a l'adolescència: **ser membre d'un grup social tolerant, participar en activitats delinqüents i la falta d'unió a institucions convencionals** (Kandel i Raveis, 1989). En relació a l'experiència recent, els estudis de Chen i Kandel (1995) van revelar que aquelles persones que abandonaven el consum a l'edat de 30 anys no tenien un patró de consum tan fort, intens o continuat als 20 anys com aquells que persistien en el consum. Al mateix temps, aquells joves que entre els 24 i 25 anys van usar la droga entre 2 i 8 cops en els passats 12 mesos, continuaven consumint-la als 30 anys en major proporció que aquells que no van consumir.

El segon factor detectat en relació al consum previ, la freqüència, mostra que pràcticament tots els que prenen cànnabis i cocaïna quasi a diari als 24-25 anys, també ho feien als 28-29. En

consonància amb aquesta idea, per totes les drogues excepte per l'alcohol, només un petit percentatge dels que usaven les drogues un cop al mes o menys encara l'usaven 10 anys més tard. A més, l'ús persistent de les drogues menys comunes conserva l'ús de les més comunes (lícites i il·lícites). Així al 1990, el 92.2% dels consumidors de cànnabis, el 88.2% dels ex consumidors de cànnabis i el 77.3% dels que mai havien consumit cànnabis van admetre haver consumit alcohol en el passat any; al mateix temps, consumien tabac el: 63.1%, el 43.1% i el 18.7% de cada grup respectivament (Chen i Kandel, 1995).

En la mateixa línia, Kandel i Davies (1996) analitzaren el consum de 7,611 joves (estudiants de 7è a 12è curs, equivalent a 1r d'ESO-2n de Batxillerat) segons si: mai havien usat cap droga, si havien pres únicament alcohol o tabac, si havien consumit cànnabis però no d'altres drogues il·legals, si havien consumit altres drogues il·legals però ni crack ni cocaïna, si havien pres cocaïna però no crack o bé si havien consumit crack. I analitzaren aquest consum en funció de variables tals com: el rendiment acadèmic, les relacions familiars i d'amics, el compromís amb institucions convencionals, la salut, la simptomatologia psicològica i el context social de les drogues. D'aquesta recerca en van extreure que els estudiants que usaven drogues tenien un pitjor rendiment que els amics que no n'usaven, essent els estudiants que prenién crack els més mal ajustats de tots. Aquests, es mostraven molt involucrats amb amics que percebien com a molt implicats amb el consum de drogues i amb la delinqüència.

3.3.3. Abandonament del consum

Chen i Kandel (1995) en l'anàlisi de l'abandonament del consum detectaren un lleuger declivi del consum d'alcohol a finals de la vintena i un descens de fumar cànnabis entre els 23 i els 24 anys més agut pel cas d'aquesta substància. És més, únicament el 25.3% dels homes i el 14.3% de les dones (19.8% del total) de 34-35 anys havia consumit cànnabis al llarg del darrer any (en comparació amb el 51% d'homes i 35.2% de dones, 41.7% total, entre els 19-24 anys). El consum d'altres drogues il·legals, a banda del cànnabis, segueix el mateix patró que aquest. Pel cas del tabac es detectà un lleuger descens entre els 34 i 35 anys (Chen i Kandel, 1995).

És a dir, l'etapa de finals de la vintena i fins a mitjans de la trentena està més caracteritzada per l'abandonament de les substàncies més que no pas per la iniciació, si bé, l'alcohol i el tabac són les substàncies que mostren una major resistència. Respecte a les drogues il·legals la que es

manté en major mesura és el cànnabis seguit de la cocaïna i els tranquil·litzants no receptats per personal mèdic (Chen i Kandel, 1995). Així doncs, pel cas del cànnabis, i possiblement també pel cas de l'alcohol, sembla existir un patró de maduració, malgrat aquest no s'observa pel tabac. Quant a la magnitud de consum, novament amb l'excepció del tabac, en la resta de substàncies, tot i no abandonar-se el consum les quantitats tendeixen a disminuir. Aquest fet contradiu la idea a vegades suggerida que l'abandó del consum de cànnabis comporta un increment del consum d'alcohol, tot i que és cert que consumeixen quantitats d'alcohol superiors que aquells que mai han pres cànnabis, però la raó ve donada per l'existència prèvia d'un consum molt elevat d'alcohol (Becoña, 1999). Les substàncies psicoactives receptades tampoc mostraren una evolució evident, malgrat el percentatge d'ús és molt reduït, el que indica un període curt d'utilització. Aquesta droga és la única que mostra una major prevalença entre les dones, mentre que per les altres substàncies en general les taxes d'iniciació són més altes en homes i les taxes d'abandonament són més altes en dones (Chen i Kandel, 1995).

3.3.3.1. Factors implicats en l'abandonament del consum

Els motius detectats per Chen i Kandel (1995) per l'abandó del consum de substàncies responen bàsicament als efectes de la maduració que es tradueixen en els rols de l'adult: tenir una família, casar-se, ser pare/mare, etc. Aquests processos paral·lels que transcorren a la vida de les persones poden associar-se a una disminució de la motivació per usar drogues il·lícites ja que sovint els motius per iniciar-se, entre adolescents i adults joves, responen a la recerca de noves experiències que poden ser enteses o bé com una forma de participar de la cultura juvenil o bé com a automedicació. En aquest sentit, l'arribada amb l'edat d'un accés de forma autònoma al sistema sanitari pot contribuir a que aquells que usaven les drogues com a automedicació busquin la recepta de medicaments prescrits, ja que s'ha detectat que aquests són l'última etapa de la seqüència de la hipòtesi d'escalada. Aquest fet indica que les diferents drogues poden tenir funcions similars en diferents etapes de la vida.

3.3.4. Causalitat del model

Els propis autors, Kandel i Yamaguchi, afirmaren al 1993 que la *Gateway Hypotesys* no presenta evidències de suport a la causalitat, fins al moment, i que per tant s'ha de restringir a termes de

seqüenciació i associació entre el consum de les diferents substàncies. És a dir, per tal d'afirmar causalitat entre variables cal (Kandel, Yamaguchi i Cousino, 2006):

- En primer lloc documentar la seqüència (analitzar si el consum d'una substància precedeix el de l'altra).
- Seguidament documentar l'associació (corroborar l'augment del risc de consumir la segona substància un cop iniciat el primer).
- Finalment comprovar que la causalitat persisteix controlant altres variables. Aquest últim pas és el més difícil de demostrar en estudis no experimentals o quasi experimentals, ja que poden existir múltiples variables que s'escapen del nostre control.

Més recentment, Fergusson et al. (2006) dedicaren un estudi a l'anàlisi del Model Evolutiu. Realitzaren una recerca longitudinal, al llarg de 25 anys, en una mostra representativa de 1,265 nens neozelandesos, mitjançant el qual afirmaren que els resultats donaven suport al model causal on el cànnabis condueix al consum d'altres drogues il·lícites. Aquests autors van utilitzar tècniques sofisticades d'anàlisi: un model d'efectes aleatoris pel control de factors de confusió (fixes observats i dinàmics en el temps), així com un segon model de regressió d'efectes fixes per controlar les fonts de confusió fixes no observades, inclosos els gens comuns i l'ambient comú, i les observades però dinàmiques en el temps. Els resultats obtinguts permeteren als autors afirmar que controlant la genètica, l'ambient, i les variables individuals com el consum d'altres drogues l'associació entre el cànnabis i les altres drogues il·lícites es mantenia. Val a dir que els autors no proven exactament la hipòtesis d'entrada ja que aquesta posa èmfasi en que l'inici del consum de cànnabis augmenta les probabilitats d'iniciar-se en el consum d'altres drogues il·legals, mentre l'estudi de Fergusson et al. (2006) analitza la freqüència de dues drogues en un determinat moment. No obstant, els autors mantenen la postura que el cànnabis té influència en el consum d'altres drogues perquè (Fergusson et al., 2006):

- Existeix una relació dosi-resposta. Si augmenta el consum de cànnabis augmenta el risc de consum d'altres drogues il·legals.

- S'ha detectat una seqüència temporal. El 98% dels que consumien drogues il·legals havien usat cànnabis almenys un any abans.
- Mida de l'efecte. Detecten una forta i generalitzada associació entre el consum de cànnabis setmanal i el d'altres drogues il·legals (odds ràtio 3-60).
- Resistència a associacions de control. Garanteixen el control d'altres possibles variables.

Els autors afirmen que aquesta associació entre el consum de les diferents substàncies es deu a (Fergusson et al., 2006):

- Factors bioquímics. El consum de cànnabis produeix modificacions neurològiques en el cervell que el predisposa al consum d'altres substàncies il·legals.
- Aprenentatge individual. Les propietats plaents i poc aversives del cànnabis reforcen el consum d'aquesta substància i es generalitza la recerca d'aquests efectes en d'altres substàncies.
- Associació diferencial. El context social mostra influència de la disponibilitat de les substàncies i les actituds favorables, al mateix temps que hi pot intervenir el contacte amb la subcultura de les drogues i el tracte amb venedors.

S'apunten noves vies per a estudiar aquestes relacions a favor d'una experimentació amb animals, la qual ja s'ha portat a terme per analitzar el consum de tabac en rates adolescents. McQuown, Dao, Belluzzi i Leslei (2009) han provat la vulnerabilitat que el consum de nicotina a dosis baixes (l'equivalent a 2-4 cigarretes) augmenta la plasticitat comportamental de consumir opiàcis a l'adultesa. En aquest sentit, existeixen d'altres estudis realitzats amb animals, els quals però no són del tot conclouents: Cadoni, Pisanu, Solinas, Acquas i Di Chiara (2001) han mostrat l'existència de sensibilització creuada en rates entre el delta9-tetrahidrocannabinol (delta9-THC) i la morfina, tot i que cal fer esment que les seves mesures del comportament: aspirar, mossegar, llepar i moure's són indicadors indirectes del comportament real de consum. Els resultats d'aquest estudi però corroboren que l'exposició repetida al delta9-THC indueix la sensibilització

del comportament no només als cannabinoides sinó també als opiacis. Aquests resultats podrien proporcionar una base neurològica per una relació entre el consum de cànnabis i l'abús d'opiacis.

Vela et al. (1998) detectaren canvis reals en la magnitud de consum en l'auto-administració de morfina en rates femelles, en funció de l'exposició perinatal al delta9-THC, és a dir, en el consum matern previ en comptes del propi.

Altres vies d'estudi són les realitzades per Linskey et al. (2003) en 311 parelles de bessons mono i dizigòtics australians (d'una edat mitjana aproximada de 30 anys), els quals permeten afirmar que el consum precoç de cànnabis (abans dels 17 anys) condueix al posterior consum de drogues il·lícites (abús o dependència), sense diferències entre bessons mono i dizigòtics. Aquest fet, per tant, no només pot explicar-se per efectes de predisposició genètica o de factors ambientals compartits. L'associació pot derivar-se dels efectes dels iguals, així com del context social en què el cànnabis és utilitzat i obtingut. En particular, l'accés precoç i l'ús de cànnabis pot reduir les barreres percebudes contra l'ús d'altres drogues il·lícites i facilitar l'accés a aquestes drogues.

En resum, existeix una associació entre el consum de drogues legals (alcohol i tabac) i el consum de cànnabis, al mateix temps que existeix una relació entre aquest i el posterior consum d'altres substàncies il·lícites; sense ser la relació establerta en forma de causalitat sinó de probabilitat. En aquest sentit, existeixen diverses variables relacionades tant amb l'inici del consum de substàncies com en l'escalada, manteniment i abandonament, entre les que cal destacar: les relacionades amb consums anteriors, variables de tipus social (consum de pares, amics, disponibilitat, acceptació, etc.), biològiques (predisposició) i psicològiques (trets de personalitat, aprenentatge, etc.) (Becoña, 1999).

II. PART EMPÍRICA

CAPÍTOL 4. OBJECTIUS



4.1. OBJECTIU GENERAL

El principal objectiu d'aquest treball és conèixer la prevalença i el patró de consum d'alcohol dels joves gironins a partir d'una mostra d'estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona, així com identificar alguns factors de risc i protecció en la iniciació i el manteniment del consum d'alcohol en els joves.

Aquesta recerca consta de dues fases en les quals s'han utilitzat metodologies d'estudi diferenciades, en la primera s'ha fet ús de tècniques pròpies de la metodologia quantitativa i en la segona s'ha optat per emprar la metodologia qualitativa. A continuació s'esmenten els objectius específics de cada una de les dues fases de la investigació.

4.2. OBJECTIUS DE LA FASE I

Aquesta primera fase de la recerca pretén descriure els patrons de consum d'alcohol dels joves universitaris, així com detectar algunes variables relacionades amb aquest consum. Els objectius específics d'aquesta fase es descriuen a continuació.

4.2.1. Variables demogràfiques

En primer lloc ens proposem conèixer les característiques de la mostra objecte d'estudi formada per estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona. S'analitzen variables com el gènere, l'edat, la facultat de provinença, així com la distribució en relació a la carrera i el curs estudiats en el moment de la recollida de la informació.

4.2.2. Patrons de consum d'alcohol

En el present estudi es vol aplicar l'adaptació al Model Transteòric de Canvi (Pallonen et al., 1998) (veure punt 3.1.) a una mostra d'universitaris catalans per tal de classificar-los segons les etapes d'adquisició del consum d'alcohol. Tanmateix, l'objectiu d'aquest treball va més enllà de conèixer la intenció de consum dels joves i en conseqüència s'ha realitzat una adaptació del

model proposat per Pallonen et al. (1998). En aquest s'ha integrant l'experimentació prèvia amb la substància als estadis ja existents atès que alguns autors suggereixen que aquells joves que tasten una substància mostren una major intencionalitat de tornar-la a consumir en un futur (Espada et al., 2000; Font-Mayolas et al., 2008; Pallonen et al., 1998). Al mateix temps, s'hi ha incorporat una nova categoria per a classificar aquelles persones que consumeixen alcohol habitualment, tot i que no cada dia, ja que el model fa referència exclusivament a un consum regular (entenen aquest com a diari) i el consum d'alcohol en els joves sovint es caracteritza per a ser practicat de forma esporàdica durant el cap de setmana (Expósito et al., 2009; FAD, 2006; García del Castillo et al., 2006; Gómez et al., 2007). Finalment, s'ha decidit diferenciar dins els consumidors regulars entre aquells que porten més de sis mesos practicant un consum diari i aquells que fa menys temps que consumeixen per tal de donar cabuda a tota la casuística. D'acord amb aquestes especificacions ens proposem classificar els joves gironins en una de les 11 etapes següents (taula 4.2.2.1.):

Taula 4.2.2.1.: Etapes segons l'adaptació realitzada del model de Pallonen et al. (1998).

1. No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
2. No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 6 mesos
3. No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 30 dies
4. Ho ha provat però no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
5. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos
6. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies
7. En consumeix, però no cada dia
8. En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos
9. En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos
10. En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos
11. En consumia però ho ha deixat des de fa més de 6 mesos

A la taula 4.2.2.2., es presenten les etapes proposades en aquest treball i la seva equivalència amb el model de Pallonen et al. (1998).

4. Objectius

Taula 4.2.2.2.: Equivalència entre les etapes del model de Pallonen et al. (1998) i les etapes resultants de l'adaptació realitzada en aquest treball.

ETAPES SEGONS EL MODEL DE PALLONEN ET AL. (1998)	ETAPES SEGONS L'ADAPTACIÓ DEL MODEL DE PALLONEN ET AL. (1998)
Precontemplador: No té intenció de consumir en els propers 6 mesos	1. No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
	4. Ho ha provat però no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
Contemplador: Té intenció de consumir en els propers 6 mesos	2. No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 6 mesos
	5. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos
Preparat: Té intenció de consumir en els propers 30 dies	3. No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 30 dies
	6. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies
(no existeix en el model)	7. En consumeix, però no cada dia
Recent Acció: Té un consum regular des de fa menys de 6 mesos	8. En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos
(no existeix en el model)	9. En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos
Acció: Ha abandonat el consum des de fa menys de 6 mesos	10. En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos
Manteniment: Ha abandonat el consum des de fa més de 6 mesos	11. En consumia però ho ha deixat des de fa més de 6 mesos

A banda d'estudiar com es distribueixen els joves en funció de les etapes d'adquisició del consum d'alcohol, establím com a objectius:

- Avaluar la prevalença de consum d'alcohol de la mostra d'universitaris gironins.
- Analitzar la freqüència de consum d'alcohol dels participants.
- Conèixer el nivell d'experimentació amb l'alcohol.
- Analitzar la intenció de consum futura.
- Analitzar la relació entre el nivell d'experimentació amb l'alcohol i la intenció de consum futura.

4. Objectius

És d'interès en aquest treball conèixer algunes característiques definitòries dels patrons de consum d'alcohol. Alguns autors afirmen que és freqüent l'increment de la magnitud de consum d'alcohol a l'ingressar a la universitat (Mora-Ríos i Natera, 2001; Talbott et al., 2009), detectant freqüentment episodis de consum massiu en aquesta població (Chau i Oblitas, 2007), així com ingestes d'alcohol que suposen un alt risc per a la salut (Camacho, 2005; Colby et al., 2009). Per aquest motiu ens plantegem:

- Estudiar la magnitud de consum d'alcohol entre els estudiants que afirmen ser consumidors en funció de la freqüència de consum.
- Avaluar el risc per a la salut que va suposar la magnitud d'alcohol ingerida el darrer dia (a partir de 2.4 UBE al dia en noies i de 4 UBE en nois).
- Conèixer les begudes preferides pels estudiants universitaris consumidors.
- Analitzar l'última ingesta d'alcohol dels joves consumidors en relació a si aquesta va suposar un consum massiu (a partir de 6 UBE en una única ocasió en nois i 4 UBE en noies).
- Estudiar els consums màxims d'alcohol (superen en dues desviacions típiques la mitjana d'UBE ingerides el darrer dia) i analitzar si existeixen diferències en funció de la freqüència de consum.

Per altra banda, l'edat d'inici al consum d'alcohol s'erigeix com un factor rellevant a tenir present per la seva implicació en la pròpia evolució i tendència al consum. Així mateix, una edat d'inici precoç és predictora d'alts nivells d'ús d'alcohol i d'un possible consum abusiu o problemàtic, sobretot si aquesta es produeix abans dels 14 anys (Hingson et al., 2006; Krahn et al., 2005; Santo-Domingo, 2002). En aquest sentit, l'edat d'inici al consum d'alcohol descoberta pel *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2009) se situa actualment als 13.7 anys. Els objectius específics en relació a l'edat d'inici al consum són:

- Conèixer l'edat de primera experimentació amb l'alcohol entre els joves que afirmen haver provat l'alcohol en alguna ocasió.

- Avaluar l'edat d'inici al consum regular d'alcohol entre aquells joves que es declaren consumidors.

Totes les variables tractades s'han relacionat amb el gènere i l'edat dels participants de l'estudi amb excepció de les etapes d'adquisició del consum d'alcohol que només s'han analitzat en funció del gènere.

4.2.3. La influència social

Aquesta variable, àmpliament estudiada en els treballs de Bandura i Walters (1979), fa referència a la rellevància de l'entorn i l'observació de models a l'hora d'adquirir conductes, fet fonamental en l'adquisició d'hàbits de consum. Segons el model d'aquests autors, la influència social no només prediu l'adquisició d'una conducta sinó que també pot prevenir accions no desitjades socialment. Concretament, en un estudi realitzat als Estats Units es destacà la importància del paper dels pares per evitar que els seus fills beguin alcohol, que adquireix més rellevància si els joves no es troben en un ambient amb companys bevedors (Meg, Gibbons, Zhao, Russell i Reis-Bergan, 1999).

Els objectius específics en relació a la influència social són:

- Analitzar amb qui estava el jove quan va provar l'alcohol per primera vegada.
- Avaluar la concordança entre l'estatus de consum d'alcohol dels participants de l'estudi i la dels seus millors amics.
- Estudiar la coincidència entre el nivell d'experimentació dels joves i el dels seus millors amics.
- Estudiar la concordança entre la intenció de consum futura dels estudiants i dels seus millors amics.
- Analitzar la concordança entre les etapes d'adquisició del consum d'alcohol dels participants de l'estudi i dels seus millors amics.

4. Objectius

- Analitzar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol dels joves segons l'estatus de consum del millor amic.
- Relacionar l'edat d'inici al consum regular d'alcohol dels joves amb l'estatus de consum del millor amic.
- Estudiar la relació entre l'estatus de consum patern i el del jove.
- Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol amb l'estatus actual de consum del pare.
- Avaluar les possibles diferències en l'edat d'inici al consum regular segons l'estatus de consum del pare.
- Estudiar la relació entre l'estatus de consum actual de la mare i el del jove.
- Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol amb l'estatus de consum matern.
- Avaluar desviacions en l'edat d'inici al consum regular segons l'estatus de consum actual de la mare.
- Estudiar la relació entre l'estatus de consum actual d'algun germà i el del jove.
- Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol amb l'estatus de consum del germà.
- Avaluar si existeixen diferències en l'edat d'inici al consum regular en funció de l'estatus de consum d'algun germà.
- Estudiar la relació entre l'estatus de consum actual de la parella i el del jove.
- Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol amb l'estatus de consum de la parella.

- Avaluar si existeixen diferències en l'edat d'inici al consum regular en funció de l'estatus de consum de la parella.

Totes les variables mencionades s'han analitzat segons el gènere.

4.2.4. La percepció de perillositat del consum d'alcohol

La variable risc percebut pot ser indicativa de l'evolució de la prevalença de consum, de manera que a mesura que augmenta el risc percebut davant el consum d'una droga tendeix a disminuir l'extensió o la intensitat del consum (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

Pel que fa a la percepció de risc del consum d'alcohol, Zárate et al. (2006) preguntà quina era la droga més perillosa a una mostra de 2,074 estudiants de Lima de 9 carreres vinculades amb la salut. L'alcohol aparegué en el 2.8% dels casos, situant-se en la penúltima posició pel que respecta a la nocivitat de les substàncies, per sobre del tabac (2.4%).

Els objectius específics en relació a la variable percepció de perillositat del consum d'alcohol són:

- Analitzar la percepció de perillositat del consum d'alcohol dels participants de l'estudi en funció de l'edat i el gènere i de l'estatus de consum propi i de les persones més significatives del seu entorn (el millor amic, pare, mare, germans i parella).
- Relacionar la percepció de perillositat del consum d'alcohol amb l'edat de debut en el consum, i amb la d'inici al consum regular en els nois i les noies de la mostra.
- Analitzar l'existència de diferències en la percepció de perillositat del consum d'alcohol en funció de la magnitud de consum entre aquells joves que es declaren consumidors de la substància, segons el gènere.

4.2.5. Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se al consum d'alcohol

Les expectatives d'autoeficàcia (Bandura, 1987) són enteses com la convicció personal del subjecte de que pot executar amb èxit la conducta necessària per produir un resultat.

Aquesta variable pren un pes important a l'hora de negar-se a consumir alcohol, donat que diversos estudis l'apunten com la causa principal de l'inici del consum la pressió grupal (Moral, Rodríguez i Sirvent, 2005; Pascual, 2002).

Els objectius específics en relació a les expectatives d'autoeficàcia són:

- Analitzar les expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol, diferenciant entre:
 - o Nois i noies.
 - o Consumidors i no consumidors.
 - o Estar sol o acompanyat en el moment de l'ofertament d'alcohol.

4.2.6. L'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum d'alcohol

L'aprenentatge vicari (per observació de recompenses o càstigs en un model) s'ha determinat com un element clau en l'adquisició de conductes des de la teoria sociocomportamental de Bandura (1987).

Els objectius específics en relació a l'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum d'alcohol són:

- Relacionar l'estatus de consum dels joves amb l'experiència vicària negativa coneguda sobre els consum d'alcohol en persones pròximes a ells, diferenciant entre els nois i les noies.
- Analitzar les malalties sofertes pel consum d'alcohol en persones pròximes als participants de l'estudi.

- Conèixer el tipus de relació existent entre els joves i les persones que havien patit conseqüències negatives sobre la salut derivades del consum d'alcohol.

4.2.7. Elaboració de models predictius del consum

Finalment, forma part dels objectius d'aquesta fase l'elaboració de models predictius del consum d'alcohol i amb tal finalitat s'elaboraran quatre models de regressió logística jeràrquica.

En primer lloc es pretén determinar quines variables prediuen millor el consum d'aquesta substància. Es crearà un model on s'inclouran les següents variables: gènere, edat, edat de primera experimentació amb l'alcohol, consum d'alcohol del millor amic, del pare, de la mare, d'algun germà, de la parella, percepció de perillositat del consum d'alcohol, expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir sol o acompanyat i conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues.

En segon lloc és propòsit d'aquesta recerca la creació d'un model que distingeixi entre els consumidors d'alt i baix risc (a partir de 2.4 UBE al dia en noies i 4 UBE al dia en nois), i la identificació de les variables que millor prediuen aquest estatus. Es crearà un model de regressió logística amb les variables: gènere, edat, edat de primera experimentació amb l'alcohol, edat d'inici al consum regular, consum d'alcohol del millor amic, del pare, de la mare, d'algun germà, de la parella, percepció de perillositat del consum d'alcohol, expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir sol o acompanyat i conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues.

En tercer lloc ens proposem crear un tercer model predictiu del consum d'alcohol massiu (a partir de 6 UBE en una única ocasió en nois i 4 UBE en noies) amb les mateixes variables incloses en el model de consum d'alt i baix risc.

Finalment, forma part dels objectius d'aquest treball l'elaboració d'un darrer model predictiu del consum elevat (consum que supera en dues desviacions típiques la mitjana d'UBE ingerides el darrer dia), per tal de definir les variables que millor prediuen aquest estatus amb les mateixes variables incloses en els dos models anteriors.

4.3. OBJECTIUS DE LA FASE II

La finalitat d'aquesta fase és obtenir les opinions, les experiències i, en conseqüència, el punt de vista sobre diferents qüestions relacionades amb el consum d'alcohol d'una mostra d'estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona a fi d'aprofundir en la comprensió dels resultats de la primera fase.

A continuació es descriuen els objectius específics d'aquesta segona fase.

4.3.1. Els motius del consum i no consum d'alcohol

Estudis previs suggereixen que el primer tast d'alcohol ve motivat per la curiositat, si bé posteriorment la diversió és el principal motiu que manté el consum (Ballester i Gil, 2009; Espada et al., 2000; Redondo et al., 2001).

En aquest treball es vol aprofundir en el coneixement dels motius pels quals els joves consumeixen o no consumeixen alcohol. Concretament es pretén explorar:

- Els principals motius per consumir alcohol entre els joves.
- Els motius per no prendre alcohol dels no consumidors.
- Els motius que contribuïren a la primera experimentació amb aquesta substància.
- Els motius per abandonar el consum d'alcohol.

4.3.2. L'edat d'iniciació al consum

L'actual normativa que regula el consum d'alcohol (DOGC, 8/1998) prohibeix vendre i/o permetre el consum de qualsevol tipus de beguda alcohòlica als menors de 16 anys i de begudes de més de 23 graus als menors de 18. No obstant, dades del *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2009)

mostren que existeix un 52.9% de joves espanyols consumidors d'alcohol als 15 anys, essent l'edat mitjana d'inici al consum setmanal els 15.6 anys. Conseqüentment, es pretén conèixer les opinions dels joves sobre:

- L'edat que consideren adequada per iniciar-se al consum d'alcohol.
- L'edat a la qual els joves poden consumir alcohol segons la llei que regula actualment el consum (DOGC, 8/1998).

4.3.3. La tipologia de consum

Alguns estudis observen una tendència a la igualació dels patrons de consum entre nois i noies (Orgaz et al., 2005; Salamó et al., 2010), constituint aquesta dada un dels elements d'interès d'explorar en la mostra de l'estudi. Per altra banda, també s'analitzaran les possibles diferències que els joves detecten per motiu de l'increment de l'edat. Els objectius específics en relació a la tipologia de consum són:

- Detectar diferències sobre el consum en funció de l'edat i la freqüència de consum.
- Valorar les possibles diferències que perceben en el consum segons el gènere.

4.3.4. La magnitud del consum

Prochaska et al. (2004) i Talbott et al. (2009) adverteixen que els dos primers anys a la universitat ofereix noves oportunitats d'experimentar comportaments que situa els estudiants en risc d'elevats consums d'alcohol. Tanmateix, les persones intenten mantenir una congruència entre les seves creences, actituds i conductes. És a dir, la valoració per part d'un individu constitueix un element central en les actituds o motivacions cap a un comportament (Haddock i Zanna, 1999; c.f. Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez i Pastor, 2009).

Per altra banda, els consums d'elevada magnitud sovint estan caracteritzats per un efecte d'impulsivitat i falta de control en la persona que els experimenta (Carlson, Johnson i Jacobs, 2010).

Els objectius específics en relació a la magnitud de consum són:

- Examinar la magnitud de consum considerada adequada en una única ocasió.
- Indagar sobre els factors que intervenen en el límit de consum.

4.3.5. Els riscos per a la salut

Teruel et al. (2003) exploraren el coneixement sobre els perjudicis per a la salut derivats del consum d'alcohol que tenien les persones que acudien a un centre de salut mental de Navarra, detectant que un 32% dels participants feien referència a malalties que no estan vinculades amb el consum d'alcohol.

El principal objectiu en relació al risc per a la salut és:

- Explorar quins riscos per a la salut derivats del consum d'alcohol coneixen els joves.

4.3.6. La perillositat del consum d'alcohol

El *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008a) en la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* examinà el grau de perillositat percebut de diferents substàncies detectant que la situació avaluada amb la mínima perillositat fou el consum de 5 o 6 canyes o copes en situació de cap de setmana, així com s'atribuí un risc baix a aquest mateix consum diari.

El principal objectiu en relació a la perillositat del consum d'alcohol és:

- Estimar la perillositat atorgada al consum d'alcohol.

4.3.7. La influència social

Els principals elements d'influència en la forma de vida i d'actuar relatada pels estudiants universitaris madrilenys foren: la família i els amics per aquest ordre (Cooperación Internacional ONG, 2008). En aquest sentit, molts dels models explicatius de l'inici i el manteniment del consum d'alcohol inclouen entre els factors de risc el fet de tenir amics i pares consumidors (Salamó et al., 2010; Talbott et al., 2008).

El principal objectiu en relació a la influència social és:

- Avaluar la percepció de la influència dels principals referents (pares, germans i amics) sobre el consum de begudes alcohòliques.

4.3.8. Les alternatives d'oci

El consum de begudes alcohòliques, entre els joves, acostuma a ocórrer durant els caps de setmana i els dies festius, habitualment en situacions vinculades a l'oci nocturn (FAD, 2006; García del Castillo et al., 2006; Gómez i Gómez, 2001).

El principal objectiu en relació a les alternatives d'oci és:

- Valorar possibles alternatives d'oci no vinculades al consum d'alcohol.

CAPÍTOL 5. METODOLOGIA



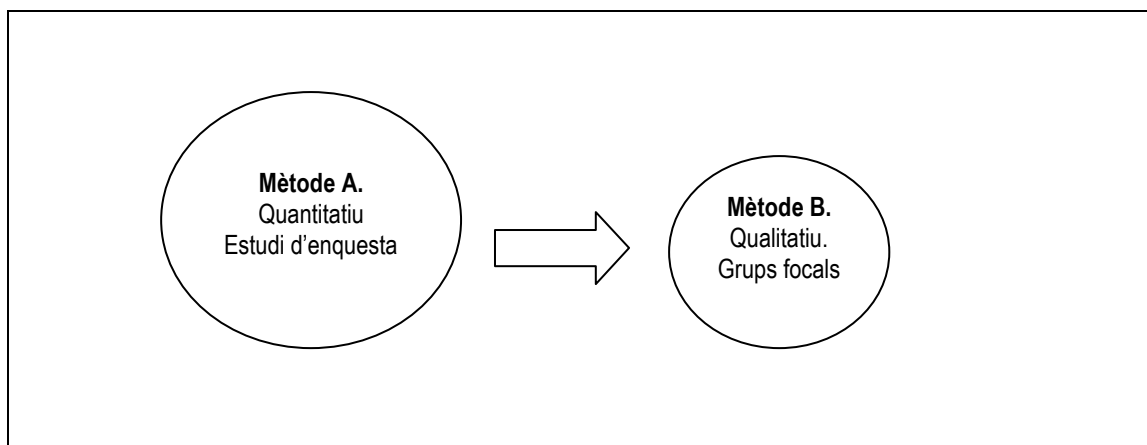
En aquesta recerca s'ha utilitzat un disseny multimètode o pluralista (Beltrán, 1994; Bericat, 1998), és a dir, s'ha optat per la integració de dues metodologies d'investigació diferents. En la primera fase de l'estudi s'ha emprat la metodologia quantitativa: mitjançant un estudi d'enquesta s'ha recollit informació d'una àmplia mostra d'estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona. En aquesta fase es pretenia copsar l'estat actual del consum d'alcohol entre els joves estudiants, així com analitzar les variables vinculades a aquest consum.

En una segona fase de la recerca es van utilitzar tècniques de recollida d'informació característiques de la metodologia qualitativa. Concretament, es va emprar la tècnica dels grups focals novament entre una mostra d'estudiants universitaris de primer cicle de la Universitat de Girona. El propòsit d'aquesta segona fase fou, a banda d'aprofundir en alguns resultats obtinguts a la fase I, acostar-nos al coneixement de la realitat social del consum d'alcohol entre els joves d'una manera holística o global i des de la perspectiva del propi subjecte (Miles i Huberman, 1994; Taylor i Bogdan, 1992). Aquest tipus de metodologia es mostra molt recomanable en el camp de la salut pública ja que pot contribuir a entendre millor els processos i realitats dels problemes (March, Prieto, Hernán i Solas, 1999).

March et al. (1999) fan èmfasi en els avantatges de la complementarietat de mètodes (qualitatius i quantitius), de forma especial en el camp de la salut pública i de la gestió sanitària, per l'enriquiment del coneixement que proporciona. Cada vegada és més freqüent l'ús combinat d'ambdós mètodes en la recerca, tal i com s'ha fet en la present investigació on s'han realitzat estudis d'enquesta recollint la informació mitjançant qüestionaris que han proporcionat una gran quantitat de dades, mentre que en els grups focals s'ha aportat llum sobre el significat i la interpretació dels resultats (Krueger, 1991; Wolff, Knodel i Sittitrai, 1993, c.f. Valles, 1997).

La integració d'ambdues metodologies, la quantitativa i la qualitativa, es pot realitzar de formes diferents en funció dels objectius de la recerca. En aquesta investigació s'ha utilitzat l'estratègia d'integració metodològica de *combinació*. És a dir, els resultats obtinguts amb els qüestionaris han servit d'input per potenciar nous resultats a través dels grups focals, els quals han contribuït a entendre el fenomen amb més profunditat incrementant la validesa o qualitat dels resultats finals obtinguts. En definitiva, els propòsits d'ambdós mètodes són diferents però l'un s'integra incorporant-se en l'altre, existint un vincle metodològic entre ambdós, i per tant una estricta combinació de mètodes (Bericat, 1998). Al quadre 5.1. es mostra de forma gràfica la *combinació metodològica*.

Quadre 5.1.: Integració de metodologies basada en la combinació (Bericat, 1998).



La successió de metodologies que defineixen la part empírica d'aquesta recerca segueix un ordre seqüencial en el temps, de manera que la primera fase de recollida de dades, quantitativa, és una fase més descriptiva a la qual segueix una segona fase, qualitativa, d'anàlisi en profunditat. És per aquest motiu que els apartats que se succeeixen en aquest capítol s'inicien amb la presentació de la metodologia utilitzada en la fase I, i posteriorment amb l'emprada en la fase II.

5.1. FASE I. METODOLOGIA QUANTITATIVA

5.1.1. PARTICIPANTS

La mostra de la primera fase del present estudi està formada per 2,137 estudiants de la Universitat de Girona (UdG) matriculats als tres primers cursos de les carreres impartides a les Facultats de Ciències, d'Educació i Psicologia i a l'Escola d'Infermeria durant el curs 2006/2007 i a l'Escola Politècnica Superior durant el curs 2007/2008. Van formar part de l'estudi aquells universitaris que estaven presents a classe el dia de la recollida de la informació i que van accedir a participar en la recerca.

L'objectiu d'aquest treball era accedir a la totalitat d'estudiants universitaris de primer cicle de les facultats i/o escoles anteriorment mencionades. Tanmateix, a la Llicenciatura de Química de la Facultat de Ciències no es va obtenir autorització per l'administració dels qüestionaris.

L'edat dels participants oscil·la entre els 17 i 35 anys, després d'haver eliminat de la mostra a 27 subjectes majors de 35 anys, atès que l'estudi pretén l'anàlisi del consum d'alcohol entre els joves. Així, s'ha establert en 35 anys el punt de tall que serveix de criteri d'exclusió. L'edat mitjana de la mostra és de 21.05 anys ($DT = 3.14$). En relació al gènere, el 47.2% ($N = 1,009$) dels joves són nois, mentre que el 52.7% ($N = 1,125$) són noies; es desconeix el gènere de tres dels participants.

Del total de 3,374 estudiants matriculats en les citades carreres, 1,552 alumnes no van assistir a classe el dia i hora en què es va procedir a la recollida de la informació. Tots els estudiants presents a la classe van accedir a participar, essent el percentatge de participació del 56.6%. A la taula 5.1.1.1. es presenta la distribució d'estudiants matriculats durant el curs en què es va realitzar la recollida de dades, segons la facultat/escola de procedència, l'estudi, així com el percentatge de participants en la present investigació.

Taula 5.1.1.1.: Distribució dels estudiants matriculats a la UdG durant el curs 2006/2007 (Ciències, Educació i Psicologia i Infermeria) i en el curs 2007/2008 (Politécnica) segons la carrera cursada i el percentatge de participants en el present estudi.

FACULTAT	ESTUDI	ESPECIALITAT	TOTAL DE MATRICULATS DE PRIMER CICLE	N % DE PARTICIPACIÓ
CIÈNCIES	Biologia		451	120 (26.6%)
	Ciències Ambientals		241	151 (62.7%)
EDUCACIÓ I PSICOLOGIA	Educació Social		256	
	Magisteri	Educació Física	157	
		Educació Infantil	287	
		Educació Musical	102	
		Educació Primària	150	527 (48.5%)
		Llengua Estrangera	134	
Psicologia		245	180 (73.5%)	
ESCOLA D'INFERMERIA	Infermeria		240	153 (63.8%)
ESCOLA POLITÈCNICA SUPERIOR	Arquitectura		114	252
	Arquitectura Tècnica		350	(54.3%)
	Enginyeria Tècnica Agrícola	Explotacions Agropecuàries	53	63 (69.2%)
		Indústries Agràries i Alimentàries	38	
	Enginyeria Industrial		185	110 (59.5%)
	Enginyeria Tècnica Informàtica	Informàtica de Gestió	100	245 (98%)
		Informàtica de Sistemes	150	
	Enginyeria Tècnica Industrial	Química Industrial	151	136 (90.1%)
		Mecànica Industrial	200	100 (50%)
		Electrònica Industrial	170	100 (58.8%)
TOTAL			3374	2,137 (56.6%)

5.1.2. INSTRUMENT

Per a la recollida de la informació s'ha utilitzat un qüestionari d'elaboració pròpia que tenia per objectiu l'anàlisi de variables relacionades amb el consum de diverses drogues. En l'actual treball s'analitzen únicament les dades referides al consum d'alcohol, així com les variables vinculades a aquest consum.

En l'annex 2 es presenta el qüestionari aplicat. A continuació s'exposen les variables analitzades en aquest estudi:

5.1.2.1 Variables demogràfiques

S'inclouen en aquesta categoria les variables: gènere, edat, facultat o escola, estudi i curs acadèmic.

5.1.2.2 Patrons de consum d'alcohol

5.1.2.2.1. Etapa d'adquisició del consum d'alcohol segons l'adaptació del Model Transteòric de Canvi de Pallonen et al. (1998). Aquesta variable permet classificar els participants en una de les següents etapes segons el seu estatus de consum:

1. No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
2. No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 6 mesos
3. No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 30 dies
4. Ho ha provat però no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
5. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos
6. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies
7. En consumeix, però no cada dia
8. En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos
9. En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos
10. En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos
11. En consumia però ho ha deixat des de fa més de 6 mesos

5.1.2.2.2. Experimentació amb l'alcohol. D'acord amb la classificació realitzada a l'apartat anterior, els participants no consumidors foren assignats a un dels següents grups, segons la seva experiència prèvia amb l'alcohol: :

- Sense experiència. No ha provat mai l'alcohol.

- Amb experiència. Ha provat l'alcohol.

5.1.2.2.3. Magnitud del consum d'alcohol. Es comptabilitza la quantitat d'Unitats de Beguda Estàndard (UBE, veure punt 2.1.2.3.) preses el darrer dia de consum. A continuació es transforma aquesta mesura en una nova variable en funció de si el consum representa o no un alt risc per a la salut. Aquesta nova variable, risc per a la salut, permet classificar els subjectes segons (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b; OMS, 2008) (veure punt 2.1.5.):

- Baix risc per a la salut. Consum fins a 2.4 UBE al dia en noies i fins a 4 UBE en nois.
- Alt risc per a la salut. Consum de més de 2.4 UBE en noies i més de 4 en nois al dia.

D'altra banda, s'analitza l'anomenat consum massiu, terme anomenat en anglès: *binge drinking* (Álvarez, 2008) (veure punt 2.1.5.1.). S'ha tingut en compte la classificació del *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008b) que estableix aquesta tipologia de consum a partir de 6 UBE en una única ocasió en nois i 4 en noies.

També s'avalua el consum elevat (aquell que supera en dues desviacions típiques la mitjana d'UBE ingerides el darrer dia).

5.1.2.2.4. Edat de primera experimentació amb l'alcohol. El jove ha de mencionar l'edat que tenia quan va tastar la substància per primer cop, en cas que l'hagi provat.

5.1.2.2.5. Edat d'inici del consum regular d'alcohol. El participant que actualment realitza un consum regular ha d'indicar a quina edat va iniciar-lo.

5.1.2.3. La influència social

5.1.2.3.1. Etapas d'adquisició del consum d'alcohol del millor amic. L'estudiant ha d'identificar en quina etapa d'adquisició del consum d'alcohol es troba el seu millor amic. Les opcions de resposta són les mateixes descrites a l'apartat 5.2.2.1.

- 5.1.2.3.2. Experimentació amb l'alcohol per part del millor amic. En cas que el millor amic no sigui consumidor, el jove ha de declarar si el seu millor amic ha provat alguna vegada l'alcohol (amb experiència) o no (sense experiència).
- 5.1.2.3.3. Situació durant el primer consum. El participant ha de determinar amb qui estava en el moment en que va provar l'alcohol per primera vegada d'entre les opcions: estava sol, estava amb amics, estava amb familiars, estava amb altres persones (si aquesta era la resposta es donava l'opció d'informar amb quines persones).
- 5.1.2.3.4. Estatus de consum d'alcohol de familiars pròxims. El participant havia d'assenyalar si el pare, la mare o els germans són o havien estat consumidors d'alcohol.
- 5.1.2.3.5. Estatus de consum d'alcohol de la parella. El participant havia d'assenyalar si la seva parella, en cas que en tingués, és o havia estat consumidora d'alcohol.

5.1.2.4. La percepció de perillositat del consum d'alcohol

Es tracta de determinar quina és la perillositat que s'atorga al consum d'aquesta substància mitjançant una escala tipus Likert que inclou les categories: *gens perillós, poc perillós, perillositat mitjana, bastant perillós o molt perillós*.

5.1.2.5 Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se al consum d'alcohol

El subjecte ha de valorar fins a quin punt se sent capaç de negar-se a consumir alcohol davant un oferiment en dues situacions diferents: en el cas que es trobés sol davant la persona que li ofereix alcohol, o bé en el cas d'estar acompanyat dels seus amics. La resposta es marca en una escala del 0 al 10, on 0 indica gens capaç de negar-se i 10 totalment capaç.

5.1.2.6. L'experiència vicària sobre les conseqüències negatives conegudes del consum d'alcohol

Es demana al participant si coneix algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues. En cas afirmatiu se sol·licita la següent informació: quina droga consumia, quina malaltia va patir i quina relació tenia amb ell/a.

5.1.3 PROCEDIMENT

En primer lloc es va contactar amb la direcció de les facultats i escoles per tal d'informar-los sobre les característiques de la recerca i al mateix temps sol·licitar el seu consentiment per dur a terme la recollida de dades.

A continuació, i després d'obtenir els horaris de les assignatures així com el nombre d'alumnes en cada una d'elles, s'entrà en contacte amb els professors responsables de les assignatures troncales amb major nombre d'estudiants matriculats per tal d'acordar dia i hora per poder administrar els qüestionaris.

Els qüestionaris van ser complimentats en horari acadèmic, a l'aula on estaven ubicats els estudiants. La participació dels universitaris en l'estudi va ser voluntària i es va garantir la total confidencialitat de la informació així com el seu ús exclusiu per la investigació.

La recollida de dades es va realitzar durant els mesos de febrer, març, abril, octubre i novembre de 2007 per membres i col·laboradors de l'equip d'investigació en Psicologia de la Salut, de l'Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida de la Universitat de Girona.

5.1.4. ANÀLISI DE DADES

L'anàlisi de les dades s'ha realitzat mitjançant el paquet estadístic SPSS 15.0.

S'ha utilitzat la prova khi-quadrat per estudiar la relació entre variables categòriques, la prova t d'Student per comparar mitjanes en dues mostres independents, l'anàlisi de la variància de més d'un factor per analitzar dissenys factorials, la correlació d'Spearman per analitzar la relació entre variables ordinals i la tècnica de regressió logística per construir models que discriminen entre: consumidors i no consumidors d'alcohol, consumidors d'alt i baix risc, aquells que el darrer dia efectuaren o no un consum massiu, així com entre els que efectuaren un consum d'alcohol elevat o no.

5.2. FASE II. METODOLOGIA QUALITATIVA

5.2.1. PARTICIPANTS

La segona fase del present treball es va iniciar amb el desenvolupament de dos grups focals formats per estudiants de primer cicle de les Facultats d'Educació i Psicologia i l'Escola d'Infermeria.

Seguint la classificació de Patton (1987) en aquest estudi s'ha seguit un mostreig de *casos confirmatoris*. És a dir, s'han utilitzat dades que havien emergit en etapes anteriors de la investigació amb el propòsit d'enriquir, aprofundir i dotar de major credibilitat els resultats prèviament recollits, reunint noves dades que confirmessin o no les anteriors.

La mostra d'aquesta fase està composta per 2 grups *artificials o simulats*, és a dir, formats exclusivament per a la investigació i que no van subsistir posteriorment (Ibáñez, 1992). Un d'ells va estar integrat per 8 participants i l'altre per 6. El primer grup estava compost per 4 nois i 4 noies d'edats compreses entre els 18 i els 27 anys (un estudiant d'infermeria i set de psicologia). El segon grup estava format per 4 noies i 2 nois d'entre 19 i 22 anys (dos estudiants d'infermeria i quatre de psicologia).

Els grups formats en el present estudi foren *heterogenis* respecte al tema d'estudi: el consum d'alcohol. Dos dels integrants del primer grup es van declarar consumidors regulars (tot i que esporàdics i no a diari), 5 havien provat l'alcohol però no n'eren consumidors i 1 era exconsumidor (des de feia menys de 6 mesos). En el segon grup existia un consumidor habitual (esporàdic, no diari) i els 5 restants havien provat l'alcohol tot i no ser-ne consumidors habituals. Per altra banda, però, existeix certa *homogeneïtat* en la composició dels grups respecte a variables com el nivell educatiu, l'edat, la cultura, etc. per evitar la *incompatibilitat*, és a dir, per tal de propiciar una interacció grupal adequada per a un possible intercanvi comunicatiu acceptable (Krueger, 1991).

Els perfils dels grup segons les seves característiques sociodemogràfiques i en relació al tema de discussió es presenten a la taula 5.2.1.1.:

Taula 5.2.1.1.: Característiques sociodemogràfiques i estatus de consum dels participants dels grups focals.

GRUP	GÈNERE		EDAT		ESTATUS DE CONSUM		
	Noi	Noia	18-20	+20	No consumidor	Consumidor	Exconsumidor
1	4	4	6	2	5	2	1
2	2	4	3	3	5	1	0

5.2.2. INSTRUMENT

En aquesta fase de la investigació s'ha escollit la tècnica del grup focal amb el propòsit d'emfasitzar el caràcter focalitzat en un tòpic específic d'una entrevista en un context grupal (Garay, Íñiguez, Martínez, Muñoz, Pallarès i Vázquez, 2002). En el context dels grups focals es van introduir una sèrie de preguntes relacionades amb l'objectiu de la investigació (el consum d'alcohol) que es descriuen a continuació:

Pregunta general:

Algú de vosaltres va participar a la fase I de la investigació contestant un qüestionari sobre el consum d'alcohol?

Preguntes específiques:

Motius del consum d'alcohol:

- *La majoria dels estudiants universitaris d'entre 18 i 35 anys consumeixen alcohol, concretament, el 65% en pren habitualment. Per què creieu que la gent consumeix alcohol, és a dir, per quins motius penseu que a aquesta edat es beu alcohol de manera més o menys regular?*

Motius per no consumir alcohol:

- *A banda del 65% de consumidors hi ha un petit percentatge, 4%, de persones entre 18 i 35 anys que mai han provat l'alcohol, per què penseu que a aquesta edat pot haver-hi persones que mai l'hagin provat i que per tant no en consumeixen?*

Motius per la primera experimentació amb l'alcohol:

- *Anem a parlar de quan es prova l'alcohol per primera vegada, per quins motius penseu que és?*

Motius per a l'abandonament del consum:

- *Hem parlat de l'existència de persones que beuen alcohol pràcticament cada cap de setmana. Creieu que hi ha un límit en el que la gent pensa que això ja no va amb ells i deixen de fer-ho? I en tot cas, quins factors creieu que fan abandonar aquest consum?*

Edat d'inici al consum:

- *L'edat d'inici al consum d'alcohol detectada entre els estudiants universitaris se situa al voltant dels 14 anys. També us he de dir que aquest estudi el vam fer fa tres anys amb població adolescent i l'edat era força més baixa, amb un inici cap als 12 anys aproximadament. Quina edat penseu vosaltres que és adequada per començar a prendre alcohol?*

Edat d'inici legal:

- *L'edat mínima legal per consumir alcohol es troba als 18 de forma genèrica i als 21 pel que fa a les begudes de màxima graduació (a partir de 40 graus). Què en penseu del fet que l'edat d'inici legal es trobi als 18 (o 21 anys)? Penseu que s'hauria de prendre alguna mesura en relació a aquesta edat?*

Tipologia de consum:

- *Parlant del tipus de consum que es fa normalment, la majoria dels universitaris consumeix alcohol durant el cap de setmana, 95%, i un 4.5% entre setmana. Què penseu vosaltres sobre les diferències entre qui consumeix el cap de setmana o els que ho fan entre setmana? Creieu que són persones amb característiques diferents?*

Diferències entre nois i noies:

- *En l'estudi hem observat que molt poques persones beuen alcohol a diari, únicament entre un 4%-5% però la majoria són nois. No sé si vosaltres detecteu aquest fet al vostre entorn i per què penseu que generalment els nois beuen entre setmana i les noies no acostumen a fer-ho?*
- *A l'estudi també hem trobat més nois consumidors, durant el cap de setmana, al mateix temps que ells beuen majors quantitats l'alcohol. Per quins motius creieu que quan se surt el cap de setmana els nois beuen més?*

Magnitud de consum:

- *Es va preguntar als universitaris consumidors de l'estudi que anotessin la quantitat d'alcohol que van prendre el darrer dia que en van consumir. La mitjana que vam detectar equival a 7 UBE [se'ls explica què són les UBE i les seves equivalències]. Per altra banda, el mínim d'UBE observades va ser una per tant, una persona que s'havia pogut prendre una copa de vi o una de cava o un quinto i el màxim van ser 35 UBE que es corresponen, per exemple, amb 15 combinats i 5 quintos. Quina quantitat d'alcohol creieu vosaltres que és l'adequada en una sola ocasió?*

Límit de consum:

- *Quan preneu alcohol com trobeu el vostre límit de consum? És a dir, en funció de quins elements decidiu parar de beure alcohol, o quines sensacions noteu per decidir que no en beureu més?*

Risc per a la salut:

- *Analitzant els consums que han fet els universitaris veiem que la majoria, el 69% dels que han consumit alcohol, han fet un consum considerat d'alt risc per la salut. Quins riscos per la salut coneixeu derivats de la ingesta d'alcohol?*

Perillositat del consum d'alcohol:

- *A l'enquesta vàrem demanar als estudiants que valoressin el nivell de perillositat del consum d'alcohol de l'1 al 5 on: 1- significava gens perillós, 2- poc perillós, 3- perillositat mitjana, 4- bastant perillós i 5- molt perillós. De mitjana va aparèixer un valor de 3.28, per tant, mitjana. Vosaltres què en penseu?*

Influència social:

- *A l'estudi hem descobert que consumeixen més alcohol les persones que tenen amics, pare, mare o germans consumidors. Penseu que si el vostre entorn més proper consumeix és més fàcil que acabeu consumint?*
- *Qui penseu que pot tenir més pes: pares, germans o amics?*

Alternatives d'oci:

- *A continuació m'agradaria plantejar-vos una situació fictícia. Ens hem d'imaginar que per algun motiu des d'avui mateix l'alcohol ha desaparegut i no hi ha cap forma possible d'aconseguir-ne. Què creieu que passaria? Quines alternatives podríem tenir o què creieu que faríem?*

Altres instruments que es van utilitzar per aquesta segona fase de recollida de la informació van ser: una taula amb cadires, dos magnetòfons i un informe amb els principals resultats de la primera fase de la investigació per cada participant (annex 3).

5.2.3. PROCEDIMENT

Un cop analitzades les dades quantitatives obtingudes al llarg de la fase I, es va crear un informe amb els principals resultats. A continuació, i després d'obtenir el permís dels coordinadors i professors responsables, es va accedir als estudis de primer cicle de Psicologia i Infermeria per tal d'informar-los dels objectius de la recerca (fase I i II) i demanar-los col·laboració per aquesta segona fase. Se'ls va administrar un petit qüestionari per tal d'obtenir dades demogràfiques amb la finalitat d'homogeneïtzar els grups en relació a aquest tipus de factors. A la part final del qüestionari es demanava a tots aquells que estiguessin interessats a participar en el projecte que anotessin una dada de contacte (telèfon, e-mail, etc.) i que marquessin la seva disponibilitat horària en una graella realitzada a tal efecte.

Un cop analitzats els qüestionaris es va contactar amb 20 estudiants de Psicologia i Infermeria per acordar una data per a la posada en comú dels dos grups focals. Uns dies abans de la cita es va fer un recordatori de la mateixa, tal i com recomana Krueger (1991).

La trobada va tenir lloc a una aula de la facultat d'Educació i Psicologia, destinada a reunions, per la seva proximitat amb les facultats i pel fet de ser neutral en relació al tema de discussió. Per altra banda, es van disposar totes les cadires al voltant d'una taula rectangular per tal d'evitar que dificultessin la comunicació i la interacció grupal seguint les recomanacions de Ibáñez (1992) i Krueger (1991) i es van col·locar dues gravadores per enregistrar la sessió, una a cada banda de la taula.

En conseqüència, es realitzà una discussió d'un conjunt de persones que compartien característiques en comú (estudiants universitaris de primer cicle de la Universitat de Girona, d'entre 18 i 35 anys) que fou reunit perquè expressessin i confrontessin les seves opinions amb la presència d'un moderador. La trobada va consistir, per tant, en una conversa acuradament planejada i dissenyada per obtenir informació d'una àrea definida d'interès, en un ambient permissiu, no directiu on l'investigador creà en el grup un clima que fomentà l'aparició de diverses percepcions i punts de vista. Les intervencions pròpies i les respostes dels altres participants serviren de mirall de confrontació per a generar més opinions atès que les persones ens desenvolupem en societat i no ens formem les opinions aïlladament, sinó que ho fem opinant i escoltant els punts de vista dels demés (Krueger, 1991). Per altra banda, no es pressionà als participants a votar, planificar o arribar a un consens final.

El moderador dirigí els participants buscant les respostes del grup, constituint un procés comparable al d'una entrevista semiestructurada. És a dir, es caracteritzà per certa directivitat del moderador el qual exercí de motor del grup realitzant principalment les següents tasques:

- Direcció formal. Es fixà el principi, el curs i el final del grup focal. L'inici esdevingué amb la proposta del tema a tractar. Per a tancar el tema es realitzà un petit resum del que s'havia comentat, demanant als participants si hi estaven d'acord, agraint la participació i oferint una petita compensació o gratificació tal i com recomana Krueger (1991).
- Conducció de la temàtica. Consistí en la introducció de preguntes preestablertes i la conducció del debat aprofundint i/o extenent els temes específics. S'utilitzaren en aquest

punt les *reformulacions* (devolució als participants amb les pròpies paraules per tal d'assegurar que no es desviava del tema) (Ibáñez, 1992).

- Conducció de la dinàmica. S'evità que participants individuals o grups parcials dominessin l'entrevista. Per altra banda, s'animà als membres reservats a participar i donar les seves opinions intentant obtenir la resposta de tot el grup, així com s'actuà sobre els silencis intentant desfer-los (Callejo, 2002).

Així doncs s'establí un procés interactiu entre els participants i entre aquests i el moderador que procurà mostrar-se flexible, objectiu (mediar entre els participants), empàtic, persuasiu i bon oient, seguint les recomanacions de Fontana i Frey (2000) i procurant pertorbar el menys possible la iniciativa dels participants.

La sessió es desenvolupà seguint l'esquema:

- Benvinguda a tots els participants.
- Presentació del moderador.
- Lliurament a cada un d'ells d'una carpeta que contenia l'informe amb els principals resultats obtinguts en la fase quantitativa (annex 3), fulls en blanc i bolígrafs.
- Agraïment per la col·laboració als participants.
- Presentació general de l'objectiu de l'estudi i del tema a tractar:

El darrer curs, els membres d'un equip de recerca de la Universitat de Girona vam realitzar un estudi sobre el consum d'alcohol que va consistir en l'administració d'un qüestionari a estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona, potser fins i tot algú de vosaltres va contestar aquest qüestionari. Ara, un cop analitzades les dades de 2,137 estudiants, ens disposem a endegar una segona fase de l'estudi per tal de comprendre millors els resultats obtinguts en la fase prèvia. És per això que us hem demanat la vostra col·laboració la qual consistirà en oferir la vostra opinió sobre alguns dels resultats que se us aniran presentant.

- Sol·licitud de permís als subjectes per a enregistrar la sessió, tot comunicant-los la confidencialitat de les seves dades, així com el seu ús exclusiu per a la recerca.

Abans de començar ens agradaria demanar-vos permís per a registrar aquesta discussió mitjançant gravadores per tal de facilitar-nos una posterior anàlisi de la informació facilitada per vosaltres. Se us garanteix que en aquesta gravació no hi apareixeran noms, ni dades que us puguis identificar, que únicament serà utilitzada pels fins d'aquesta investigació i que es prendran mesures per a eliminar-la un cop aquesta finalitzi garantint-vos total confidencialitat.

- Explicitació de les normes bàsiques de funcionament del grup.

S'adverteix als participants que:

- *Per tal d'evitar els solapaments i garantir un ordre en els torns de parla caldrà que alceu el dit quan vulgueu parlar i se us donarà el torn de paraula.*
- *Intenteu fer el mínim soroll possible (amb bolígrafs, les cadires, etc.) per tal d'evitar interferències en la transcripció de les gravacions.*
- *No existeixen respostes correctes ni incorrectes, es pretén cercar les vostres opinions, per tant us heu de sentir lliures per expressar el vostre punt de vista personal així com respectar el dels demés.*

- Ronda de presentacions dels participants.

Es demana que especifiquin el seu nom de pila o un pseudònim, l'edat i la carrera que cursen.

- Inici de la discussió.
- Desenvolupament del grup amb intervencions del moderador per conduir el debat.
- Resum de la sessió.
- Agraïments, cloenda de la sessió i lliurament de gratificacions en forma d'un petit detall (uns auriculars per a veure la televisió), així com el sorteig d'un reproductor mp4.

Les sessions van tenir una durada aproximada d'una hora.

Per facilitar les respostes dels participants les preguntes, majoritàriament, foren obertes. Es va procurar evitar les preguntes dicotòmiques atès que tendeixen a provocar respostes ambigües. Al mateix temps es van formular preguntes imprevistes no preparades prèviament per tal de no desaprofitar informació que podria ser rellevant i que no s'havia contemplat en el guió (Álvarez-Gayou, 2003; Krueger, 1991).

5.2.4. ANÀLISI DE DADES

L'anàlisi de dades s'inicià després d'haver transcrit tota la informació extreta dels grups focals mitjançant l'equip informàtic de transcripció anomenat *Speech Exec*. En primer lloc es procedí a una revisió de la informació recollida, realitzant una lectura *literal*, la qual permeté conèixer el contingut i l'estructura, així com l'ús que es donà a les dades (Tójar, 2006).

En segon lloc va esdevenir una *reducció de les dades*. Per tant, es va procedir a una simplificació de la informació per fer-la més manejable eliminant únicament allò més superflu o redundant, per tal de mantenir la rellevància de les dades. Per a la reducció de les dades en primer lloc es va iniciar una separació de la informació en unitats, seguint criteris temàtics, és a dir, es van dividir fragments que tractaven un mateix tema. Tot seguit es va prosseguir a la identificació i classificació de les unitats, o el que és el mateix a la *categorització* i la *codificació* de la informació. Les categories derivaren de les preguntes de la investigació, conceptes claus i temes importants. Així doncs, en el present estudi es va realitzar una categorització *oberta* o *ad hoc* (Strauss, 1987) és a dir, creant categories de forma inductiva i per tant, *a posteriori*, a través de les dades i no amb anterioritat a l'anàlisi d'aquestes. En aquest procés no s'ha procurat que les categories fossin mútuament excloents entre sí, ni exhaustives així com tampoc s'ha intentat que obeïssin a un sol criteri classificatori. Per tant, s'ha cregut convenient que algunes categories poguessin solapar-se, també que una categoria pogués pertànyer a varis sistemes de classificació, al mateix temps que també es desestimà part de la informació per irrellevant, sense la necessitat de ser exhaustius en la creació de categories (Tójar, 2006).

El pas següent a la categorització va consistir en la *codificació* o la designació de codis (lletres, números, etc.) que permeteren una ràpida classificació.

El tercer pas en la seqüència analítica va completar-se amb una *síntesi i agrupament*. És a dir, es va procedir a una *inducció analítica*, o el que és el mateix, a un escrutini de les dades cercant categories i relacions entre elles.

Tot seguit es va passar a la *disposició i transformació de dades*. Es van crear diagrames per tal de facilitar la comprensió de la informació i la posterior anàlisi. Aquests, serviren també per il·lustrar les relacions entre els diversos conceptes sorgits.

El darrer pas en la successió de l'anàlisi de les dades fou l'*Anàlisi de contingut*, utilitzat per tractar de descobrir els significats del text. Aquest fou basat en la presència i el valor dels temes que apareixien, la novetat i la rellevància pel propi text i dels significats, enlloc de fixar-se en la freqüència d'aparició dels elements. Concretament en aquest estudi s'ha optat per la realització d'un Anàlisi de contingut *semàntic* (interessat en el significat).

El procés d'anàlisi de dades es va dur a terme mitjançant el programa informàtic MAXQDA. En l'actual treball aquest procés es va realitzar per part de dues investigadores per tal de garantir la fiabilitat interjutges. Un cop analitzades per separat les transcripcions dels grups focals, es va procedir a una posada en comú per tal de finalitzar amb la tria de categories, portant a terme així un procés de *triangulació d'investigadors*. Per altra banda, la utilització de diferents mètodes, així com de dades per estudiar un mateix fenomen, que s'ha portat a terme en aquesta investigació, conformen el concepte de *triangulació metodològica* i de *dades*, definits per Bericat (1998) i Denzin i Lincoln (1998).

Un cop analitzades les dades es descobrí que el segon grup focal realitzat havia aportat molt poca informació nova al primer, per tant es va decidir no realitzar cap nou grup focal entenent que s'havia assolit el grau de *saturació* (no obtenir nova informació rellevant) que coincideix amb el punt per donar per finalitzada la recerca de dades, segons Ibáñez (1992) i Krueger (1991).

CAPÍTOL 6. RESULTATS

6.1. RESULTATS DE LA FASE QUANTITATIVA

6.1.1. VARIABLES DEMOGRÀFIQUES

L'anàlisi dels resultats obtinguts s'inicia mitjançant l'exploració de les variables demogràfiques.

Objectiu: Conèixer les característiques de la mostra analitzada en funció del gènere, l'edat, la facultat de provinença, així com la distribució en relació a la carrera i curs estudiats en el moment de formar part de l'estudi.

La mostra està formada per 2,137 estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona matriculats a les facultats de Ciències, Educació i Psicologia, i a les escoles d'Infermeria i Politècnica Superior, durant els cursos acadèmics (2006/2007 i 2007/2008). La seva distribució segons la facultat, l'estudi i el curs s'especifica a la taula 6.1.1.1. El 39.4% dels estudiants ($N = 841$) són de primer curs, el 30.8% ($N = 659$) de segon i el 29.8% ($N = 637$) de tercer.

Taula 6.1.1.1.: Distribució de la mostra segons la facultat/escola i el curs acadèmic.

FACULTAT/ESCOLA	ESTUDI	CURS			TOTAL
		1r N (%)	2n N (%)	3r N (%)	N (%)
CIÈNCIES	Biologia	21 (17.5%)	54 (45%)	45 (37.5)	120 (100%)
	Ciències Ambientals	48 (31.8)	77 (51%)	26 (17.2%)	151 (100%)
EDUCACIÓ I PSICOLOGIA	Psicologia	77 (42.8%)	58 (32.2%)	45 (25%)	180 (100%)
	Educació social i Magisteri	167 (31.7%)	184 (34.9%)	176 (33.4%)	527 (100%)
INFERMERIA	Infermeria	83 (54.2%)	0 (-)	70 (45.8%)	153 (100%)
POLITÀCNICA SUPERIOR	Arquitectura	97 (38.5%)	79 (31.3%)	76 (30.2%)	252 (100%)
	Enginyeria Tècnica Agrícola	19 (30.2%)	31 (49.2%)	13 (20.6%)	63 (100%)
	Enginyeria Industrial	67 (60.9%)	14 (12.7%)	29 (26.4%)	110 (100%)
	Enginyeria Tècnica Informàtica	93 (38%)	83 (33.9%)	69 (28.1%)	245 (100%)
	Enginyeria Tècnica Industrial	169 (50.3%)	79 (23.5%)	88 (26.2%)	336 (100%)
	TOTAL		841 (39.4%)	659 (30.8%)	637 (29.8%)

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

A la figura 6.1.1.1. es mostra la distribució dels participants segons el gènere. S'observen diferències significatives de proporció entre ambdós gèneres a favor d'una major presència femenina ($z = 2.51$, $p = .01$). Aquest fet esdevé entre els estudiants de primer cicle matriculats a la Universitat de Girona l'any 2006/2007 ja que es van registrar un 46.25% de nois, mentre que les noies van conformar un 53.75%. L'any 2007/2008 també es va evidenciar una major predominança femenina entre els estudiants de primer cicle (47.53% de nois vers 52.47% de noies). La distribució per gènere dels participants d'aquest estudi no difereix significativament de la de la població d'estudiants universitaris de Girona de l'any 2006/2007 ($\chi^2(1) = 0.91$; $p = .34$) ni del 2007/2008 ($\chi^2(1) = 0.05$; $p = .82$).

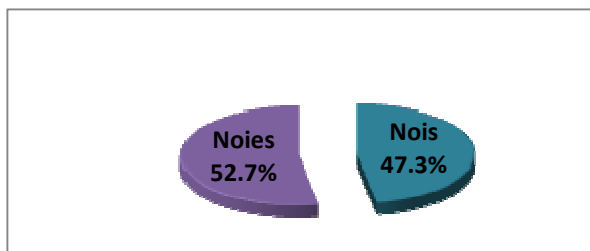


Figura 6.1.1.1.: Distribució de la mostra en funció del gènere.

La classificació dels estudiants segons la facultat/escola i el gènere s'exposa a la taula 6.1.1.2. S'han detectat diferències de composició de gènere ($\chi^2(13) = 805.89$; $p < .0005$) de manera que es descobreixen més noies en les carreres de les Facultats de Ciències, d'Educació i Psicologia i d'Infermeria, i més nois als estudis de l'Escola Politècnica Superior.

Taula 6.1.1.2.: Distribució de la mostra en funció de la facultat, l'estudi i el gènere.

FACULTAT/ESCOLA	ESTUDI	GÈNERE		TOTAL N (%)
		Nois N (%)	Noies N (%)	
CIÈNCIES	Biologia	41 (34.2%)	79 (65.8%)	120 (100%)
	Ciències Ambientals	67 (45%)	82 (55%)	149 (100%)
EDUCACIÓ I PSICOLOGIA	Psicologia	24 (13.3%)	156 (86.7%)	180 (100%)
	Educació Social i Magisteri	74 (14%)	453 (86%)	527 (100%)
INFERMERIA	Infermeria	25 (16.4%)	127 (83.6%)	152 (100%)
POLITÈCNICA SUPERIOR	Arquitectura	158 (62.7%)	94 (37.3%)	252 (100%)
	Enginyeria Tècnica Agrícola	44 (69.8%)	19 (30.2%)	63 (100%)
	Enginyeria Industrial	92 (83.6%)	18 (16.4%)	110 (100%)
	Enginyeria Tècnica Informàtica	211 (86.1%)	34 (13.9%)	245 (100%)
	Enginyeria Tècnica Industrial	273 (81.3%)	63 (18.7%)	336 (100%)
TOTAL		1,009 (47.3%)	1,125 (52.7%)	2,134* (100%)

*No es disposa del gènere de tres dels participants.

Frequència absoluta

() Frequència relativa

A la figura 6.1.1.2., es presenta la distribució dels participants per edats. L'edat dels joves oscil·la entre els 17 i els 35 anys tot i que únicament un 6.4% supera els 26 anys.

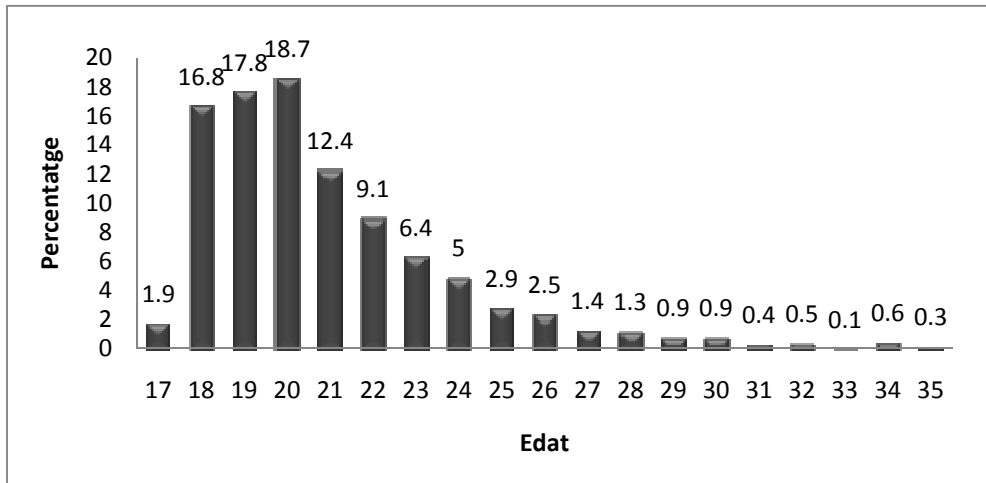


Figura 6.1.1.2.: Distribució dels participants en funció de l'edat.

L'edat mitjana de la mostra se situa en els 21.05 anys ($DT = 3.14$) no detectant-se diferències entre nois ($M = 21.05$, $DT = 3.19$) i noies ($M = 21.04$, $DT = 3.1$) en la prova de comparació de mitjanes ($t(2092) = 0.04$, $p = .97$).

La distribució de la mostra en funció de l'edat i el gènere es pot observar a la taula 6.1.1.3. Per tal de garantir les condicions d'aplicació de la prova estadística khi-quadrat s'ha realitzat una agrupació de les edats en 6 categories (17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25-30 i més de 30). Aquest reagrupament s'aplicarà a totes aquelles anàlisis que requereixin aquesta variable. Existeixen diferències de gènere a favor d'una major dominància femenina en els rangs d'edat de 19-20 anys i més de 30 ($\chi^2(5) = 12.65$; $p = .03$).

Taula 6.1.1.3.: Distribució dels joves en funció de les variables edat i gènere.

EDAT	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
17-18	210 (52.4%)	191 (47.6%)	401 (100%)
19-20	332 (42.6%)	447 (57.4%)	779 (100%)
21-22	222 (48.5%)	236 (51.5%)	458 (100%)
23-24	121 (50%)	121 (50%)	242 (100%)
25-30	106 (49.8%)	107 (50.2%)	213 (100%)
+30	18 (43.9%)	23 (56.1%)	41 (100%)
TOTAL	1,009 (47.3%)	1,125 (52.7%)	2,134* (100%)

*Tres subjectes no han informat del seu gènere.

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa

6.1.2. PATRONS DE CONSUM D'ALCOHOL

En l'actual apartat es presenten els resultats sobre el consum d'alcohol relacionats amb dades demogràfiques tals com el gènere i l'edat. En primer lloc es mostren resultats en relació a l'estatus de consum, l'experimentació amb l'alcohol, la intenció de consum futura i la classificació dels joves en funció de les etapes d'adquisició d'aquest hàbit (segons l'adaptació del model de Pallonen et al., 1998). A continuació s'analitza la magnitud de consum mitjançant el còmput d'UBE ingerides, el risc per a la salut, la beguda preferida i el consum massiu de begudes. Finalment, s'examina l'edat mitjana de primera experimentació amb l'alcohol, així com l'edat mitjana d'inici al consum regular en aquelles persones que actualment efectuen una ingesta freqüent d'alcohol.

6.1.2.1. Estatus de consum

Objectiu: Analitzar la prevalença de consum d'alcohol en una mostra d'estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona, observant si existeixen diferències en relació a l'edat i el gènere.

En primer lloc es presenta, a la taula 6.1.2.1.1., la distribució dels joves consumidors d'alcohol en funció del gènere i l'edat. En conjunt, es detecta un 65% d'estudiants que es declaren consumidors actuals de la substància, essent el gènere una variable diferenciadora de l'estatus de consum ($\chi^2(1) = 30.71, p < .0005$). En aquest sentit, existeix un major percentatge de nois dins la categoria de consumidors d'alcohol (71% de nois vers 59.5% de noies), detectant-se aquestes diferències en tots els grups d'edat a excepció de la franja d'edat mínima ($\chi^2(1) = 0.18, p = .67$) i màxima ($\chi^2(1) = 2.08, p = .15$). D'altra banda, per rangs d'edat no s'observen diferències significatives en la proporció de consumidors ($\chi^2(5) = 7.36, p = .19$).

Taula 6.1.2.1.1.: Consumidors d'alcohol en funció del gènere i l'edat i resultats de la prova khi-quadrat.

EDAT	GÈNERE		TOTAL	$\chi^2(1)$ (p) N
	Nois	Noies		
17-18	139 (19.5%)	120 (18.1%)	259 (18.9%)	0.18 (.67) 397
19-20	227 (31.9%)	253 (38.2%)	480 (34.9%)	12.24 (< .0005) 773
21-22	165 (23.2%)	146 (22%)	311 (24.6%)	8.25 (.004) 456
23-24	91 (12.8%)	76 (11.5%)	167 (12.2%)	3.99 (.046) 241
25-30	77 (10.8%)	56 (8.4%)	133 (9.7%)	8.57 (.003) 209
+30	12 (1.7%)	12 (1.8%)	24 (1.7%)	2.08 (.15) 39
TOTAL	711 (71%)	663 (59.5%)	1,374 (65%)	30.71 (< .0005) 2,115*

*22 subjectes no han respòs aquesta pregunta.

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa

Objectiu: Analitzar la freqüència de consum d'alcohol de la mostra i les possibles diferències en relació a l'edat i el gènere.

En aquest treball s'ha considerat l'anàlisi de la freqüència del consum d'alcohol, ja bé diari o ocasional, en funció de les variables gènere i edat. Els principals resultats els podem veure a la taula 6.1.2.1.2. Dins la categoria de consum diari d'alcohol existeix una clara predominança de presència masculina (7% dels nois i 1.8% de les noies), ($\chi^2 (1) = 21.77, p < .0005$). No obstant, realitzant aquesta mateixa anàlisi per edats, únicament es detecta una associació entre la freqüència de consum i el gènere entre els 19 i 20 anys de manera que hi ha més presència de noies en el consum no diari i més freqüència de nois en el diari. Més enllà d'aquesta dada, en general l'edat no mostra diferències en la freqüència de consum descobrint percentatges similars tant de consum diari com ocasional al llarg del pas del temps ($\chi^2 (5) = 5.24, p = .39^{22}$).

²² No es compleixen les condicions d'aplicació de la prova khi-quadrat (1 casella té una freqüència esperada inferior a 5).

Taula 6.1.2.1.2.: Distribució dels joves consumidors en funció de la freqüència de consum, el gènere i l'edat i la prova khi-quadrat.

EDAT	FREQUÈNCIA DE CONSUM	GÈNERE		TOTAL	$\chi^2(1)$ (p) N
		Nois	Noies		
17-18	No diari	134 (96.4%)	119 (99.2%)	253 (97.7%)	2.17 (.22*)
	Diari	5 (3.6%)	1 (0.8%)	6 (2.3%)	259
19-20	No diari	203 (89.8%)	250 (98.8%)	453 (94.6%)	18.8 (<.0005)
	Diari	23 (10.2%)	3 (1.2%)	26 (5.4%)	479
21-22	No diari	154 (93.3%)	141 (96.6%)	295 (94.9%)	1.69 (.2)
	Diari	11 (6.7%)	5 (3.4%)	16 (5.1%)	311
23-24	No diari	85 (93.4%)	74 (97.4%)	159 (95.2%)	1.42 (.29*)
	Diari	6 (6.6%)	2 (2.6%)	8 (4.8%)	167
25-30	No diari	72 (93.5%)	55 (98.2%)	127 (95.5%)	1.69 (.4*)
	Diari	5 (6.5%)	1 (1.8%)	6 (4.5%)	133
+30	No diari	12 (100%)	12 (100%)	24 (100%)	- -
	Diari	0 (-)	0 (-)	0 (-)	24**
TOTAL	No diari	660 (93%)	651 (98.2%)	1311 (95.5%)	21.77 (<.0005)
	Diari	50 (7%)	12 (1.8%)	62 (4.5%)	1,373***

*S'ha aplicat la prova exacta de Fisher per incompliment de les condicions d'aplicació de la prova khi-quadrat.

**No s'ha calculat cap estadístic perquè cap participant d'aquest rang d'edat informa un consum diari.

***3 persones no han respòs alguna dada relacionada amb aquesta pregunta.

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa

6.1.2.2. Experimentació amb l'alcohol

Objectiu: Avaluat el nivell d'experimentació amb l'alcohol dels joves en funció de l'edat i el gènere.

A les figures 6.1.2.2.1., 6.1.2.2.2. i 6.1.2.2.3. es mostra la distribució dels estudiants segons la seva experimentació amb l'alcohol, el gènere i l'edat. Per tal de garantir el compliment de les condicions d'aplicació d'aquesta prova estadística s'han agrupat els subjectes *exconsumidors* dins la categoria *ho ha provat però no és consumidor*.

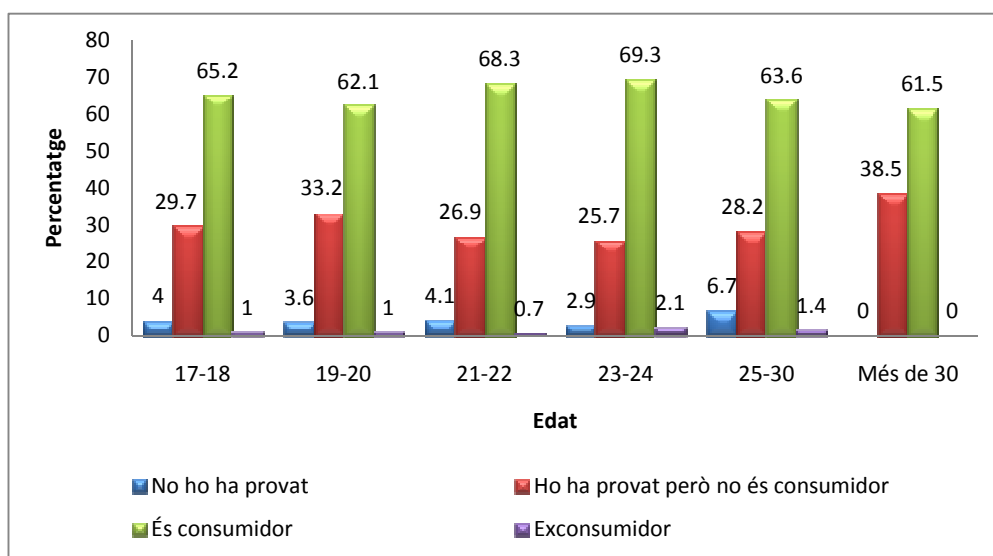


Figura 6.1.2.2.1.: Distribució dels estudiants segons la seva experimentació amb l'alcohol.

6.Resultats

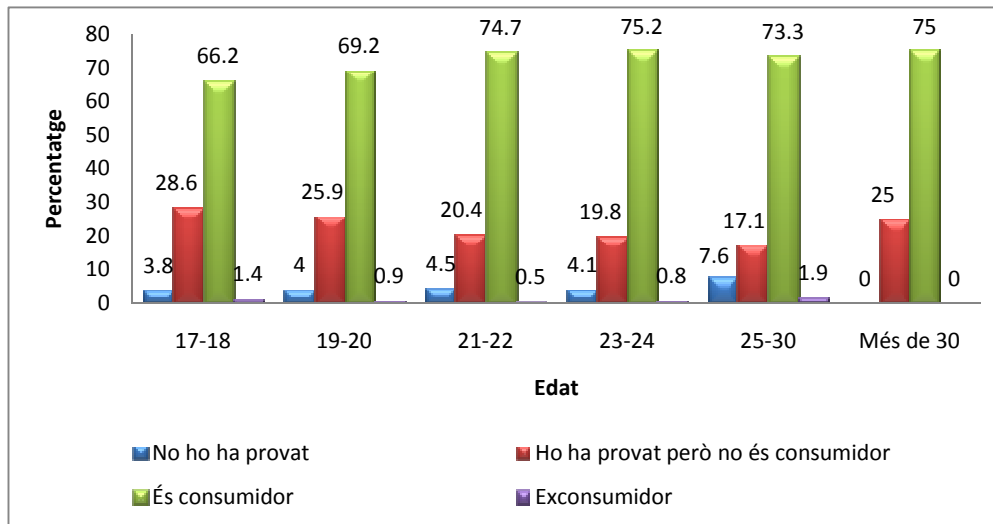


Figura 6.1.2.2.2.: Distribució dels nois segons la seva experimentació amb l'alcohol.

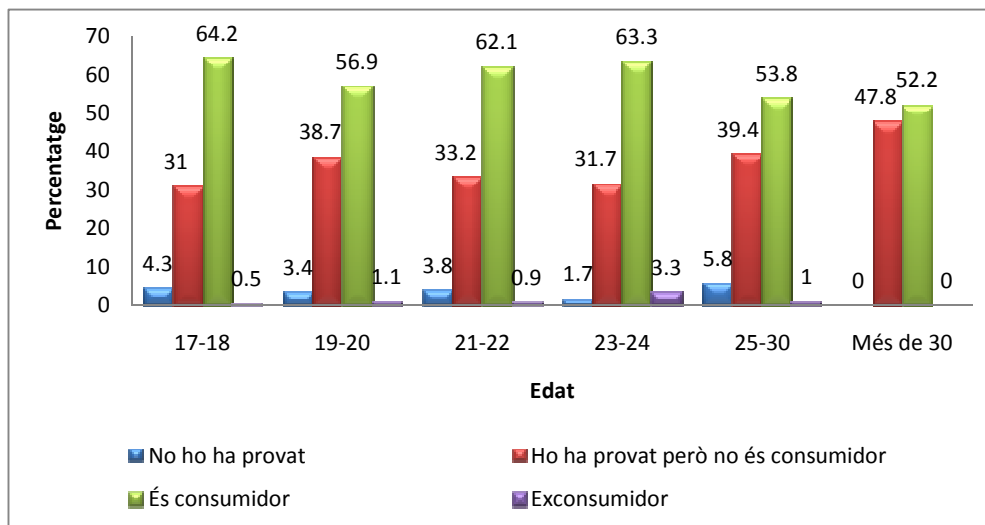


Figura 6.1.2.2.3.: Distribució de les noies segons la seva experimentació amb l'alcohol.

Els resultats indiquen que únicament un 4% dels universitaris mai han provat l'alcohol, si bé un 30% l'han provat però no es consideren consumidors. Així mateix existeix un 1.1% de la mostra que afirma haver abandonat el consum d'aquesta substància declarant-se exconsumidors actualment. En general ($\chi^2(2) = 37.37, p < .0005$), i en tots els grups d'edat a excepció dels 17-18 i els més de 30 anys, es detecten diferències segons el gènere, de manera que s'observen

més nois sense haver tastat mai l'alcohol, mentre que més noies l'han provat tot i no considerar-se consumidores actualment (entre 19 i 20 anys: $\chi^2(2) = 14.05$, $p = .001$, entre 21 i 22 anys: $\chi^2(2) = 9.97$, $p = .01$, entre 23 i 24 anys: $\chi^2(2) = 6.94$, $p = .003$, entre 25 i 30 anys: $\chi^2(2) = 2.08$, $p = .15$).

Per altra banda, el patró de consum es manté estable amb l'edat, no descobrint diferències significatives en funció d'aquesta variable de forma general ($\chi^2(10) = 15.78$, $p = .1123$) ni en el cas dels nois ($\chi^2(10) = 11.72$, $p = .324$) ni de les noies ($\chi^2(10) = 10.8$, $p = .3723$). Tot i això s'observa certa particularitat en l'experimentació amb l'alcohol en l'edat màxima (més de 30 anys) no descobrint-hi cap persona que resti per provar l'alcohol, així com tampoc cap persona exconsumidora.

Si es comparen les mitjanes d'edat del disseny factorial 3x2 (Experiència de consum x Gènere) mitjançant l'Anàlisi de la Variància no s'observa efecte principal de la variable experiència de consum respecte l'edat mitjana ($F(3, 2,107) = 0.64$, $p = .59$) ni del gènere ($F(1, 2,107) = .007$, $p = .93$) ni tampoc efecte d'interacció entre ambdós factors ($F(3, 2,107) = 1.96$, $p = .12$).

6.1.2.3. Intenció de consum

Objectiu: Estudiar la intenció de consum futura entre els estudiants i les possibles diferències en funció del gènere i l'edat.

El percentatge de joves no consumidors segons la intencionalitat de consum futura (no té intenció de consum, té intenció de consum, és consumidor, és exconsumidor), el gènere i l'edat es presenta a la taula 6.1.2.3.1. Les dades indiquen que ens trobem davant una mostra de joves no consumidors però amb intenció de consum futura, de forma majoritària, independentment del gènere ($\chi^2(1) = 0.21$, $p = .64$) i de l'edat ($\chi^2(5) = 4.32$, $p = .5$).

²³ No es compleixen les condicions d'aplicació de la prova khi-quadrat (1 casella té una freqüència esperada inferior a 5).

²⁴ No es compleixen les condicions d'aplicació de la prova khi-quadrat (3 caselles tenen una freqüència esperada inferior a 5).

Taula 6.1.2.3.1.: Percentatge de joves no consumidors d'alcohol segons la seva intenció de consum futura, el gènere, l'edat i resultats de la prova khi-quadrat.

EDAT	INTENCIÓ DE CONSUM	GÈNERE		TOTAL	$\chi^2(1)$ (p) N
		Nois	Noies		
17-18	No té intenció de consum	18 (8.6%)	17 (9.1%)	35 (8.8%)	0.01 (.92)
	Té intenció de consum	50 (23.8%)	49 (26.2%)	99 (24.9%)	134
19-20	No té intenció de consum	31 (9.5%)	54 (12.1%)	85 (11%)	0.23 (.63)
	Té intenció de consum	67 (20.4%)	133 (29.9%)	200 (25.9%)	285
21-22	No té intenció de consum	17 (7.7%)	28 (11.9%)	45 (9.9%)	0.02 (.87)
	Té intenció de consum	38 (17.2%)	59 (25.1%)	97 (21.3%)	142
23-24	No té intenció de consum	11 (9.1%)	9 (7.5%)	20 (8.3%)	1.94 (.16)
	Té intenció de consum	18 (14.9%)	31 (25.8%)	49 (20.3%)	69
25-30	No té intenció de consum	10 (9.5%)	18 (17.3%)	28 (13.4%)	0 (.99)
	Té intenció de consum	16 (15.2%)	29 (27.9%)	45 (21.5%)	73
+30	No té intenció de consum	0 (-)	3 (13%)	3 (7.7%)	1.36 (.24)
	Té intenció de consum	4 (25%)	8 (34.8%)	12 (30.8%)	15*
TOTAL	No té intenció de consum	87 (8.7%)	129 (11.6%)	216 (10.2%)	0.21 (.64)
	Té intenció de consum	193 (19.3%)	309 (27.7%)	502 (23.7%)	718

* No es compleixen les condicions d'aplicació de la prova khi-quadrat.

***22 subjectes no han facilitat alguna dada relacionada amb aquesta pregunta.

() Freqüència relativa

6.1.2.4. Etapes d'adquisició del consum d'alcohol

Objectiu: Conèixer com es distribueixen els joves en funció de les etapes d'adquisició del consum d'alcohol proposades en l'adaptació del Model Transteòric de Canvi de Pallonen et al. (1998) i el gènere.

La taula 6.1.2.4.1. resumeix la distribució de la mostra en funció de l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol segons l'adaptació del model de Pallonen et al. (1998) i el gènere. L'etapa que predomina amb claredat és aquella en què *es consumeix la substància tot i que no cada dia* (62%), seguida a gran distància per l'etapa en què *s'ha provat i es té intenció de consumir en els propers 30 dies* (14.9%). L'etapa minoritària fa referència a qui *no ha provat l'alcohol però té intenció de fer-ho en els propers 30 dies*, únicament informada per tres persones.

Taula 6.1.2.4.1.: Distribució de la mostra segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol, l'experimentació amb aquesta substància i el gènere.

ETAPA D'ADQUISICIÓ	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos	37 (50.7%) [3.7%]	36 (49.3%) [3.2%]	73 (100%) [3.5%]
No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 6 mesos	5 (62.5%) [0.5%]	3 (37.5%) [0.3%]	8 (100%) [0.4%]
No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 30 dies	2 (66.7%) [0.2%]	1 (33.3%) [0.1%]	3 (100%) [0.1%]
Ho ha provat però no té intenció de consumir en els propers 6 mesos	50 (35%) [5%]	93 (65%) [8.3%]	143 (100%) [6.8%]
Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos	61 (34.9%) [6.1%]	114 (65.1%) [10.2%]	175 (100%) [8.3%]
Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies	125 (39.6%) [12.5%]	191 (60.4%) [17.1%]	316 (100%) [14.9%]
En consumeix, però no cada dia	661 (50.4%) [66%]	651 (49.6%) [58.4%]	1312 (100%) [62%]
En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos	5 (71.4%) [0.5%]	2 (28.6%) [0.2%]	7 (100%) [0.3%]
En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos	45 (81.8%) [4.5%]	10 (18.2%) [0.9%]	55 (100%) [2.6%]
En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos	5 (55.6%) [0.5%]	4 (44.4%) [0.4%]	9 (100%) [0.4%]
En consumia però ho ha deixat des de fa més de 6 mesos	5 (35.7%) [0.5%]	9 (64.3%) [0.8%]	14 (100%) [0.7%]
TOTAL	1,001 (47.3) [100%]	1,114 (52.7) [100%]	2,115* (100%) [100%]

*Manca la resposta de 22 persones en relació a aquesta pregunta.

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

[] Freqüència relativa sobre el total de la columna

Objectiu: Analitzar la relació entre el nivell d'experimentació amb l'alcohol i la intenció de consum futura.

Amb l'objectiu d'analitzar la relació entre el grau d'experimentació amb l'alcohol entre els joves no consumidors (aquells que mai han provat l'alcohol o qui tot i haver-lo tastat no es considera consumidor habitual) i la intenció de consum futura s'han creat les taules 6.1.2.4.2. i 6.1.2.4.3. que fan referència a la condició dels nois i noies respectivament. En elles s'observa que la intencionalitat de consum és major entre aquells que han provat l'alcohol en alguna ocasió però que no en consumeixen habitualment (78.8% i 76.6% en nois i noies respectivament), mentre que la majoria dels que mai han provat l'alcohol manifesten la voluntat de continuar sense tastar-lo (84.1% dels nois i 90% de les noies). Les diferències s'aprecien amb independència del gènere.

Taula 6.1.2.4.2.: Distribució dels nois segons l'experimentació amb l'alcohol i la intenció de consum futura.

		INTENCIÓ DE CONSUM FUTURA		TOTAL	$\chi^2(1)$ (p) N
		Sense intenció	Amb intenció		
EXPERIÈNCIA DE CONSUM	No ho ha provat	37 (84.1%) [42.5%]	7 (15.9%) [3.6%]	44 (100%) [15.7%]	68.52 (<.0005) 280
	Ho ha provat però no és consumidor	50 (21.2%) [57.5%]	186 (78.8%) [96.4%]	236 (100%) [84.3%]	
TOTAL		87 (31.1%) [100%]	193 (68.9%) [100%]	280 (100%) [100%]	

*8 participants no van contestar aquesta pregunta.

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

[] Freqüència relativa sobre el total de la columna

Taula 6.1.2.4.3.: Distribució de les noies segons l'experimentació amb l'alcohol i la intenció de consum futura.

		INTENCIÓ DE CONSUM FUTURA		TOTAL	$\chi^2(1)$ (p) N
		Sense intenció	Amb intenció		
EXPERIÈNCIA DE CONSUM	No ho ha provat	36 (90%) [27.9%]	4 (10%) [1.3%]	40 (100%) [9.1%]	74.67 (<.0005) 438
	Ho ha provat però no és consumidora	93 (23.4%) [72.1%]	305 (76.6%) [98.7%]	398 (100%) [90.9%]	
TOTAL		129 (29.5%) [100%]	309 (70.5%) [100%]	438 (100%) [100%]	

*11 participants no van contestar aquesta pregunta.

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

[] Freqüència relativa sobre el total de la columna

6.1.2.5. Magnitud de consum

Objectiu: Estudiar la magnitud de consum d'alcohol entre els estudiants que afirmen ser consumidors en funció de la freqüència de consum, el gènere i l'edat.

A continuació s'analitzen les dades de 1,376 persones ja que representen el col·lectiu de consumidors d'alcohol i conformen el 65% de la mostra.

La taula 6.1.2.5.1. reflecteix els índex descriptius de la variable Unitats de Beguda Estàndard (UBE) consumides el darrer dia que es va prendre alcohol. Aquestes s'han calculat tenint en compte la freqüència habitual de consum d'alcohol, és a dir, en funció de si consumeix alcohol cada dia (independentment de si fa més o menys de 6 mesos) (4.5%) o no (95.5%). Els resultats mostren que com a mitjana, en la darrera ocasió, els estudiants van beure unes 7 UBE, existint, malgrat tot, molta variabilitat en els consums com ho evidencia una desviació típica de 5.36 punts, així com l'existència de 34 UBE de diferència entre el valor mínim i màxim detectats. Per altra banda, no existeixen diferències en funció de la tipologia de consumidors (diari/no diari) ($t(1,330) = 0.6, p = .55$).

Taula 6.1.2.5.1.: Índex descriptius de les UBE consumides el darrer dia de consum segons la tipologia de consumidors.

ETAPA	N	MÍNIM	MÀXIM	MITJANA D'UBE	DT
En consumeixo però no cada dia	1,271	1	35	7.01	5.37
En consumeixo cada dia	61	1	20	6.59	5.18
TOTAL	1,332	1	35	6.99	5.36

Seguidament, podem trobar la distribució de les UBE consumides el darrer dia a la figura 6.1.2.5.1. pel cas dels nois (en ells s'han agrupat les darreres categories per tal de simplificar la visualització de la figura) i a la 6.1.2.5.2. per les noies. La mediana, per tant el punt central d'UBE, se situa en 6 (coincideix en el 6 en el cas dels nois, mentre que és de 5 en les noies) i la moda, o el valor amb major percentatge de persones, està en 2 UBE tant en nois com en noies. La UBE màxima en ells és de 35 mentre que elles no superen les 27 UBE.

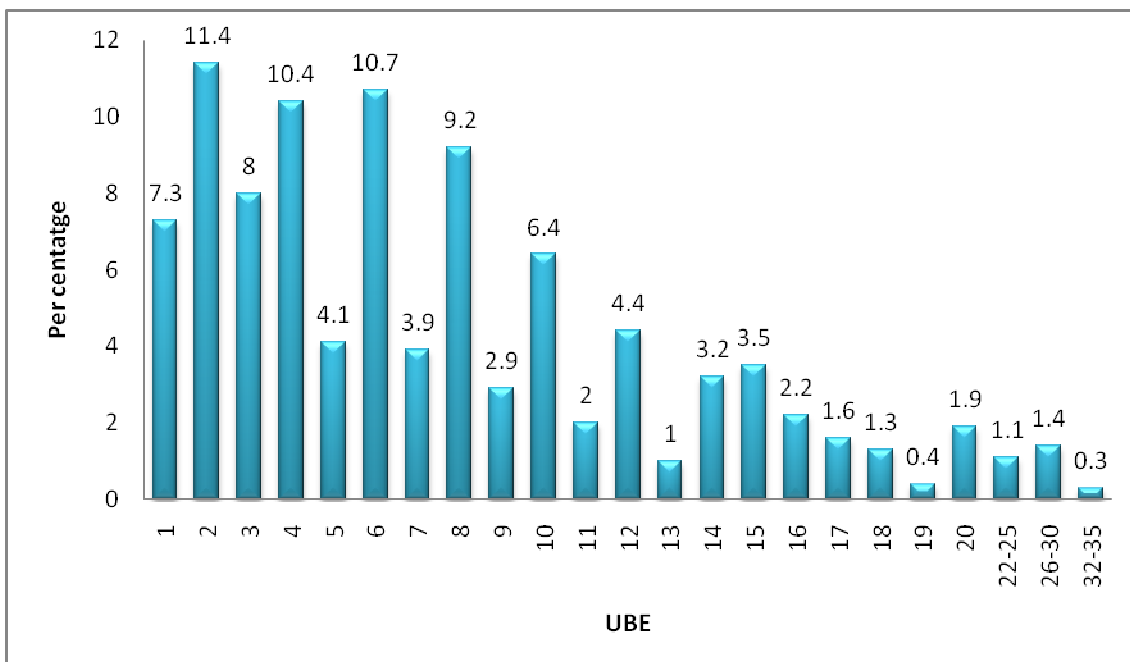


Figura 6.1.2.5.1.: Distribució de les UBE consumides el darrer dia pels nois.

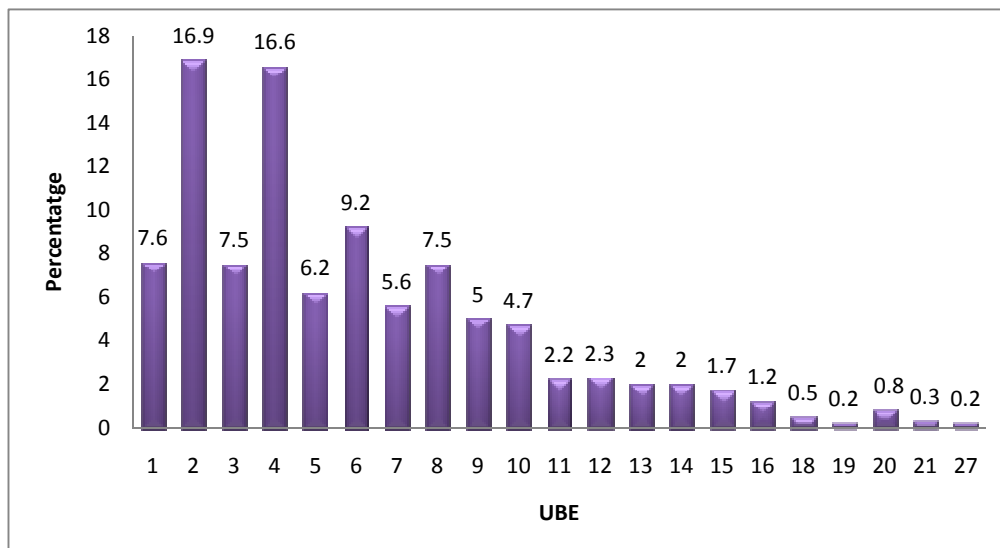


Figura 6.1.2.5.2.: Distribució de les UBE consumides el darrer dia per les noies.

A la taula 6.1.2.5.2. es presenten els índex descriptius de la magnitud de consum (UBE) en funció del gènere, l'edat i el tipus de consum ja sigui diari o no. Val a dir que en aquesta anàlisi no estan inclosos els estudiants que tot i afirmar que en la darrera ocasió van consumir alcohol, van optar per no informar de la magnitud de consum realitzada. L'Anàlisi de la Variància del disseny mixte 2x2x6 (Gènere x Tipus de consum x Edat), on tots els factors són intersubjecte, indica que no existeix interacció de tercer ordre ($F(4, 1,307) = 1.96, p = .1$). Al mateix temps tampoc existeix efecte de segon ordre entre el tipus de consum i l'edat ($F(4, 1,307) = 0.7, p = .59$), tot i que sí que s'observa entre el tipus de consum i el gènere ($F(1, 1,307) = 3.81, p = .05$) de tal manera que els nois prenen de mitjana més alcohol quan el consum és esporàdic (8.8 vs. 5.9), mentre que quan aquest és diari són les noies les que efectuen consums de major magnitud (6 vs. 8.8).

Per altra banda, de les variables analitzades en relació a la magnitud de consum únicament es detecta efecte de l'edat ($F(5, 1,307) = 3.61, p = .003$), de manera que els universitaris més joves són els que manifesten una magnitud de consum més elevada l'últim dia de consum en comparació amb els de més edat. No es detecta efecte principal de la variable gènere ($F(1, 1,307) = 0, p = .98$) ni del tipus de consum ($F(1, 1,307) = 0.24, p = .63$).

Taula 6.1.2.5.2.: Magnitud de consum (UBE) en funció del gènere, l'edat i la freqüència de consum (diari o no diari).

EDAT	FREQUÈNCIA DE CONSUM	GÈNERE		TOTAL
		Nois Mitjana (DT) N	Noies Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
17-18	Consum no diari	9.8 (6.8) 127	6.8 (4.3) 117	8.4 (6) 244
	Consum diari	7.8 (4.3) 5	16 (-) 1	9.2 (5.1) 6
19-20	Consum no diari	9.3 (6.6) 192	5.7 (3.7) 244	7.3 (5.5) 436
	Consum diari	6.1 (5.8) 23	10 (6.9) 3	6.6 (5.9) 26
21-22	Consum no diari	7.5 (5.6) 151	6.1 (4.7) 138	6.9 (5.2) 289
	Consum diari	5.1 (3.8) 11	10 (4.8) 5	6.6 (4.6) 16
23-24	Consum no diari	6.8 (5.5) 85	6.2 (4.5) 70	6.5 (5) 155
	Consum diari	9.8 (3) 5	4.5 (3.5) 2	8.3 (3.9) 7
25-30	Consum no diari	5 (3.9) 70	4.4 (3.4) 51	4.7 (3.7) 121
	Consum diari	2.2 (1.1) 5	1 (-) 1	2 (1.1) 6
+ 30	Consum no diari	5.5 (3.6) 11	3.2 (2.3) 12	4.3 (3.1) 23
	Consum diari	-	-	-
Total	Consum no diari	8.1 (6.2) 636	5.9 (4.2) 632	7 (5.4) 1,268
	Consum diari	6 (4.9) 49	8.8 (5.7) 12	6.6 (5.2) 61
	Total	7.9 (6.1) 685	6 (4.2) 644	7 (5.4) 1,329

Objectiu: Estudiar el risc per a la salut que va suposar la magnitud d'alcohol ingerida el darrer dia i observar si existeixen diferències en funció del gènere i l'edat.

Interessa conèixer el percentatge de joves que el darrer dia van realitzar consums considerats dins la categoria de risc per a la salut i si existeixen diferències en funció del gènere. Amb aquesta finalitat s'ha creat la taula 6.1.2.5.3. En ella s'observa un clar predomini de persones que, degut a la magnitud dels seus consums, són situades sota la categoria de risc per a la salut (de forma general un 69% d'estudiants universitaris, $N = 917$). Si desestimem el 3.2% de joves (3.5% de nois i 2.9% de noies) que no informen de la quantitat d'alcohol que van ingerir el darrer dia, descobrim únicament un 31% de joves realitzant consums que no suposen un risc per a la salut (37.1% de nois i 24.5% de noies). En aquest sentit, les diferències observades entre els i les joves esdevenen estadísticament significatives ($\chi^2(1) = 24.43, p < .0005$) de manera que són elles les que assumeixen un major risc en les seves consumicions (75.5% vs. 62.9%) atès que necessiten menys quantitat d'alcohol per a què els seus consums esdevinguin un risc (a partir de 4 UBE en nois i 2.4 en noies). Tanmateix, aquesta dada no indica que les noies beguin en major quantitat que els nois, ans al contrari, existeixen diferències en la magnitud ingerida a favor d'una major quantitat en ells ($M(\text{nois}) = 7.95, DT = 6.1; M(\text{noies}) = 5.96, DT = 4.21; t(1,327) = 6.9, p < .0005$).

Taula 6.1.2.5.3.: Distribució dels joves consumidors en funció del consum de risc per a la salut i el gènere.

GÈNERE	RISC	N (%)
NOIS	No informen magnitud	25 (3.5)
	Baix risc (fins a 4 UBE)	254 (35.8)
	Alt risc (més de 4 UBE)	431 (60.7)
	Total	710 (100)
NOIES	No informen magnitud	19 (2.9)
	Baix risc (fins a 2.4 UBE)	158 (23.8)
	Alt risc (més de 2.4 UBE)	486 (73.3)
	Total	663 (100)

Els resultats que es mostren a continuació (taula 6.1.2.5.4.) tenen per objectiu l'anàlisi dels consumidors d'alt risc per a la salut en funció del gènere, l'edat i en relació al conjunt de consumidors. Les dades mostren una reducció significativa del percentatge de consumidors d'alt risc a mesura que s'incrementa l'edat passant d'un 76.4% als 17-18 anys a un 33.3% als 30 o més anys. Les diferències es fan pal·leses tant en el cas dels nois ($\chi^2(5) = 33.27, p < .0005^{25}$) com de les noies ($\chi^2(5) = 18.1, p < .0005^{25}$).

Més enllà d'aquests resultats, les dades també ens evidencien com en tots els grups d'edat el percentatge de noies en situació d'alt risc és superior al dels nois, exceptuant el grup de màxima edat on s'igualen les proporcions.

²⁵ Per tal de garantir el compliment de les condicions d'aplicació s'han agrupat les edats en tres grups: 17-20, 21-24 i 25 o més anys.

Taula 6.1.2.5.4.: Distribució dels adolescents consumidors i amb consums d'alt risc per a la salut per gènere i edat.

EDAT	TOTAL CONSUMIDORS			CONSUMIDORS D'ALT RISC		
	Gènere		Total	Gènere		Total
	Nois	Noies		Nois	Noies	
17-18	139 (53.7%)	120 (46.3%)	259 (100%)	99 (71.2%)	99 (82.5%)	198 (76.4%)
19-20	226 (47.2%)	253 (52.8%)	479 (100%)	151 (66.8%)	191 (75.5%)	342 (71.3%)
21-22	165 (53.1%)	146 (46.9%)	311 (100%)	95 (57.6%)	107 (73.3%)	202 (64.5%)
23-24	91 (54.5%)	76 (45.5%)	167 (100%)	51 (56%)	54 (71.1%)	105 (62.9%)
25-30	77 (57.9%)	62 (42.1%)	133 (100%)	31 (40.3%)	61 (55.4%)	62 (46.6%)
+30	12 (50%)	12 (50%)	24 (100%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	8 (33.3%)
TOTAL	710 (51.7%)	663 (48.3%)	1,373 (100%)	431 (60.7%)	486 (73.3%)	917 (66.6%)

Els resultats obtinguts confirmen també que l'edat mitjana dels consumidors d'alcohol se situa als 21.03 anys ($DT = 3.05$), sense existir divergència en funció del gènere (M (nois) = 21.12, $DT = 3.15$; M (noies) = 20.94, $DT = 2.95$) ni de la tipologia de consum (diari/ocasional) (M (diari) = 21.21, M (ocasional) = 21.02). No obstant, sí que s'observen diferències en funció de l'estatus de risc per a la salut de manera que aquelles persones que efectuen consums d'alt risc són de mitjana, aproximadament, un any i mig més joves ($M = 20.61$, $DT = 2.65$) que els estudiants que es troben per sota d'aquest risc ($M = 21.98$, $DT = 3.62$) ($t(1,327) = 7.75$, $p < .0005$).

Objectiu: Conèixer les begudes preferides pels estudiants universitaris consumidors i diferenciar segons la magnitud ingerida, el gènere i l'edat.

A fi i efecte d'analitzar les begudes ingerides pels estudiants universitaris en la darrera ocasió s'ha elaborat la taula 6.1.2.5.5.

Taula 6.1.2.5.5.: Estadístics descriptius de la magnitud de consum (en unitats) segons el tipus de beguda amb alcohol consumida.

	N	%	MÍNIM	MÀXIM	MITJANA	DT
Combinats	943	70.1	1	20	5.4	3.3
Cervesa	700	52	1	10	2.4	1.5
Vi/Cava	476	35.3	1	12	2.5	1.6
Xarrups	397	29.5	1	12	2.2	1.6
Conyac/Licors	75	5.6	1	15	2.7	2.3

*El valor de N és superior al del total de consumidors ja que en molts casos s'informa consumir més d'un tipus de beguda.

S'observa que la consumició alcohòlica predilecta dels joves són els combinats (una de les begudes amb major graduació alcohòlica) escollida per set de cada deu estudiants consumidors. A continuació la segueix la cervesa (la meitat dels joves que van prendre alcohol el darrer dia van beure cervesa), el vi/cava, els xarrups i per últim la beguda amb menor freqüència de consum són el conyac/licors (5.6% dels joves en van prendre el darrer dia de consum).

En un altre sentit, els combinats, a banda de ser la beguda que més universitaris consumeixen, també és la beguda que es tendeix a prendre en major quantia, presentant la mitjana de magnitud de consum més elevada (mitjana de 5.4 combinats per ocasió, $DT = 3.3$, que equival a 10.8 UBE). Malgrat el conyac/licors són la beguda alcohòlica amb menys adeptes entre els joves, aquesta és la segona beguda alcohòlica pel que respecta a la quantitat amb la que es tendeix a prendre (2.7 copes de mitjana, $DT = 2.3$, que equival a 5.4 UBE). La segueixen en aquest rànquing el vi/cava i la cervesa, mentre que la beguda consumida en menor volum són els xarrups (2.2 de mitjana per ocasió, $DT = 1.6$, que equival a 2.2 UBE).

La beguda que predomina entre aquells consumidors que prenen alcohol a diari és la cervesa, seguida del vi/cava, mentre que el beuratge menys associat als bevedors en dies laborables són els xarrups. Concretament, d'entre els que van beure cervesa o vi/cava en la darrera ocasió, un 7.6% i un 4.4% respectivament beuen alcohol a diari. D'entre els bevedors de conyac/licors un

4% pren alcohol cada dia, de la mateixa forma que ho fan un 3.5% dels que prenen combinats i un 2.8% dels que consumeixen xarrups.

A la figura 6.1.2.5.3. es presenta el percentatge dels joves consumidors en funció de la beguda que van prendre en la darrera ocasió i el gènere.

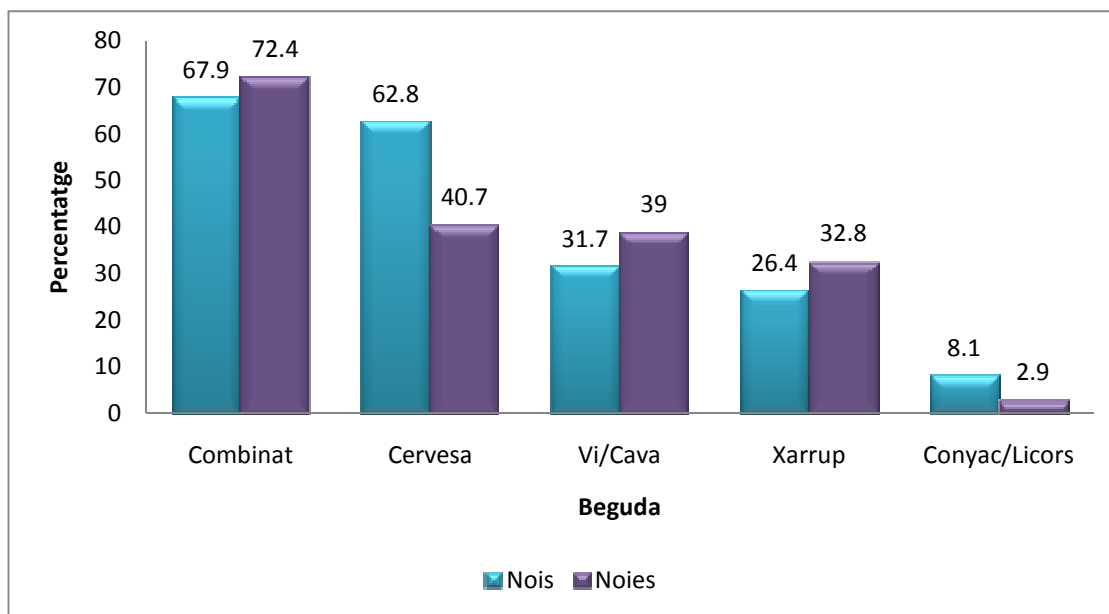


Figura 6.1.2.5.3.: Percentatge de joves que han pres els diferents tipus de beguda el darrer dia de consum i el gènere.

Es detecten diferències en l'elecció de les begudes que responen al gènere de manera que les noies tendeixen a consumir més combinats sense arribar a la significació estadística ($\chi^2(1) = 3.25, p = .07$), més vi/cava ($\chi^2(1) = 7.77, p = .005$) i més xarrups ($\chi^2(1) = 6.71, p = .01$), mentre que els nois beuen més cervesa ($\chi^2(1) = 65.91, p < .0005$) i més conyac/licors ($\chi^2(1) = 16.76, p < .0005$).

A continuació s'exposa la distribució de la magnitud de consum de cada una de les begudes analitzades en els nois i en les noies (figures: 6.1.2.5.4., 6.1.2.5.5., 6.1.2.5.6., 6.1.2.5.7., 6.1.2.5.8., 6.1.2.5.9., 6.1.2.5.10., 6.1.2.5.11., 6.1.2.5.12., 6.1.2.5.13.).

Combinats

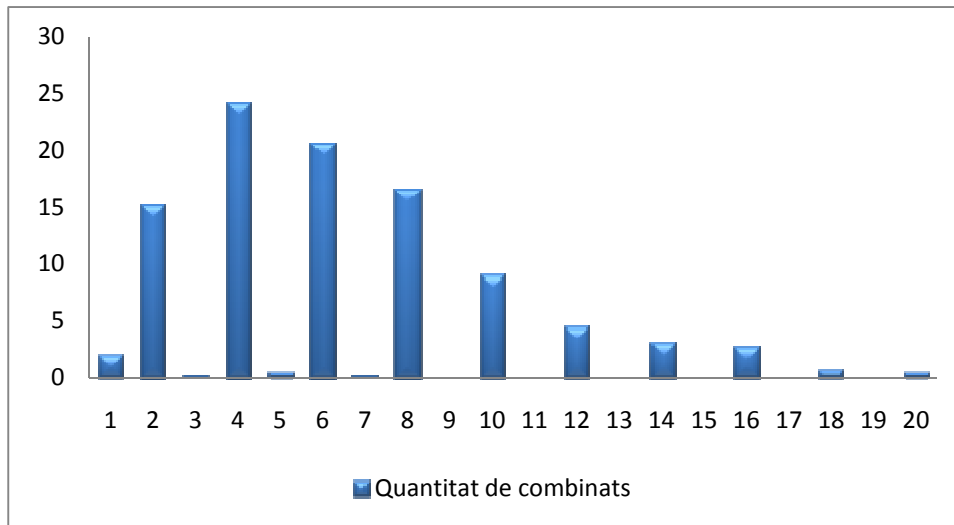


Figura 6.1.2.5.4.: Distribució dels nois consumidors de combinats segons la quantitat de combinats consumits el darrer dia.

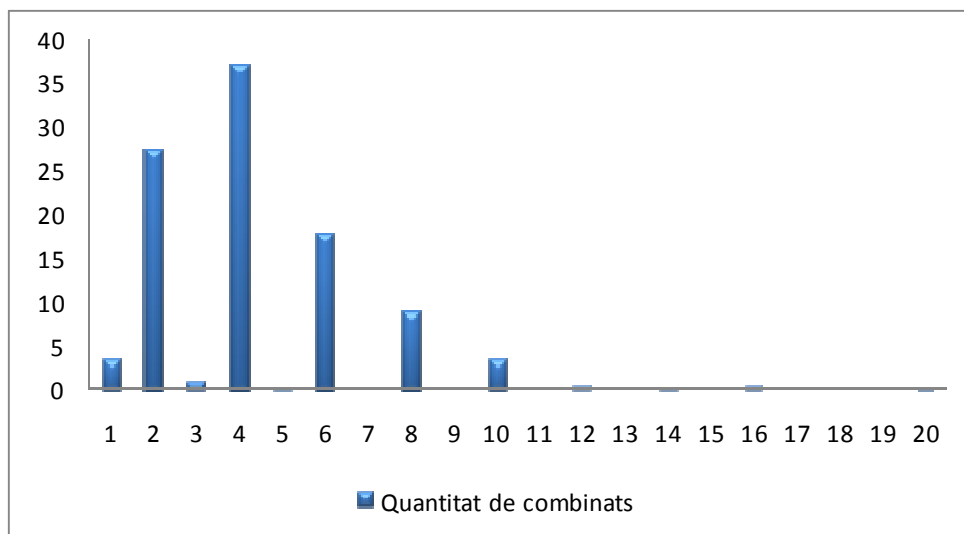


Figura 6.1.2.5.5.: Distribució de les noies consumidores de combinats segons la quantitat de combinats consumits el darrer dia.

Cervesa

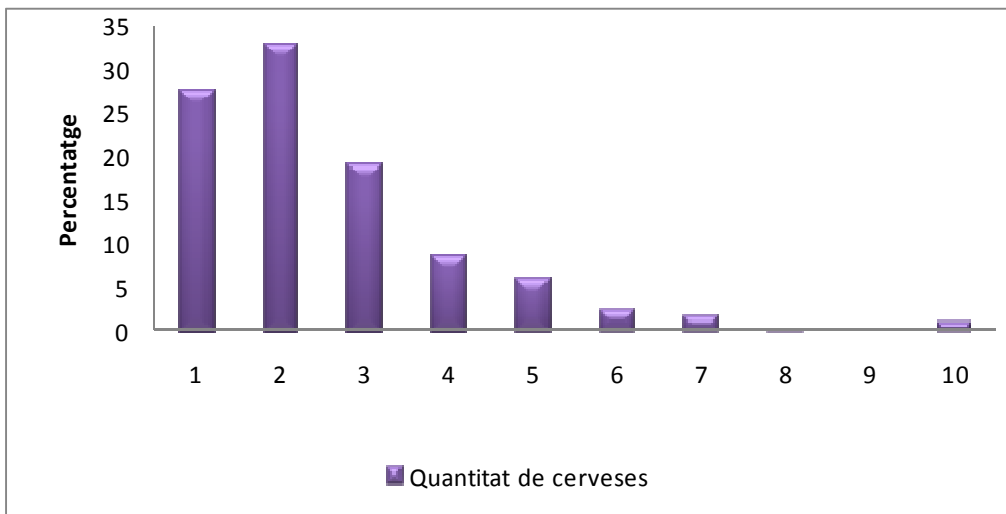


Figura 6.1.2.5.6.: Distribució dels nois consumidors de cervesa segons la quantitat de cerveses consumides el darrer dia.

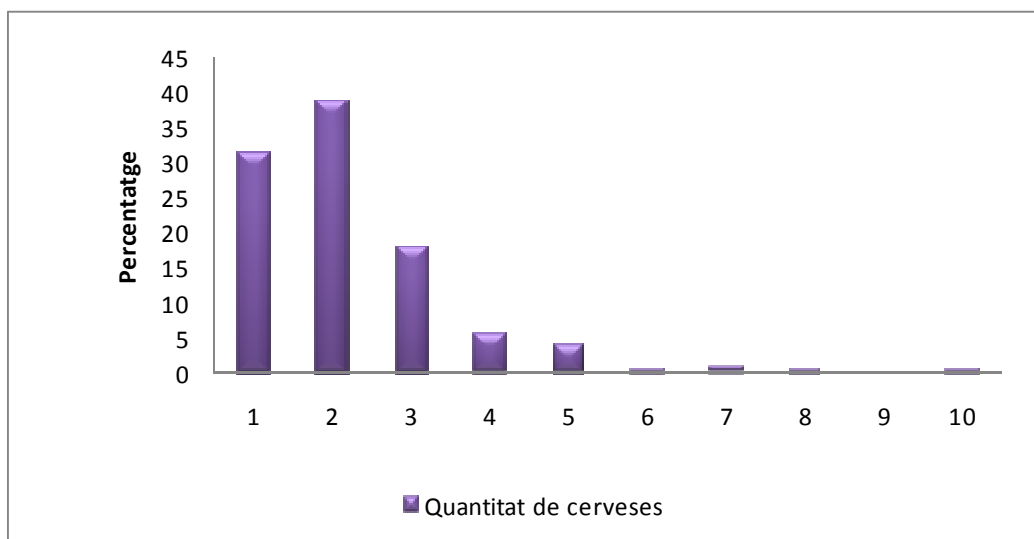


Figura 6.1.2.5.7.: Distribució de les noies consumidors de cervesa segons la quantitat de cerveses consumides el darrer dia.

Vi/cava

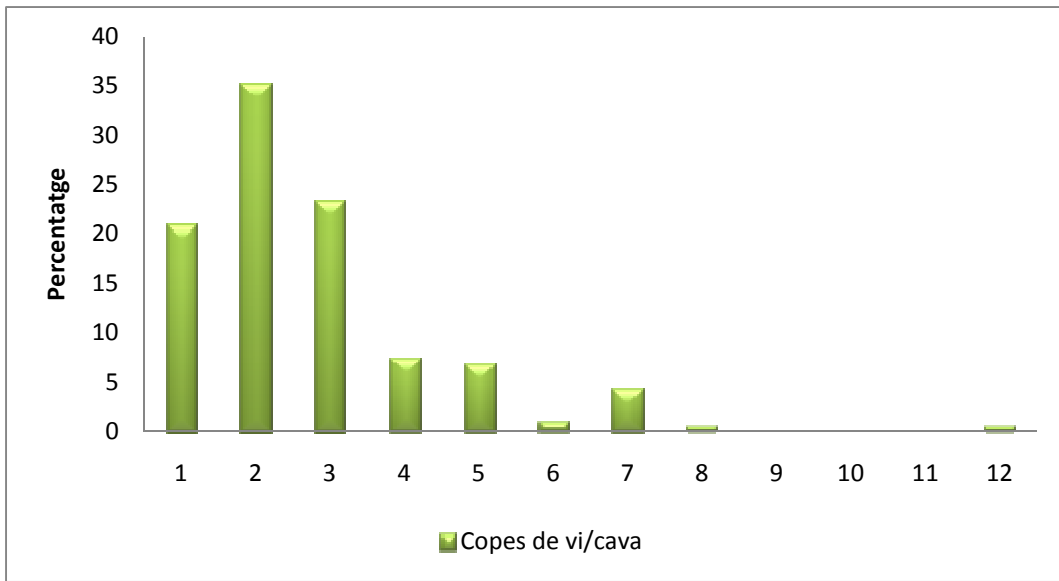


Figura 6.1.2.5.8.: Distribució dels nois consumidors de vi/cava segons la quantitat de copes de vi/cava consumides el darrer dia.

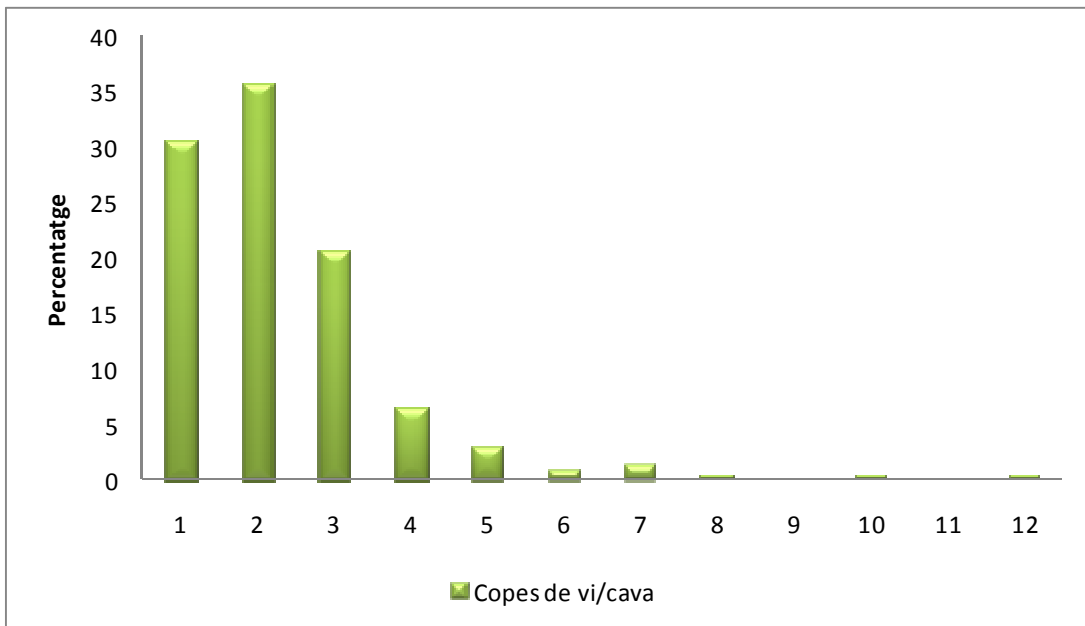


Figura 6.1.2.5.9.: Distribució de les noies consumidores de vi/cava segons la quantitat de copes de vi/cava consumides el darrer dia.

Xarrups

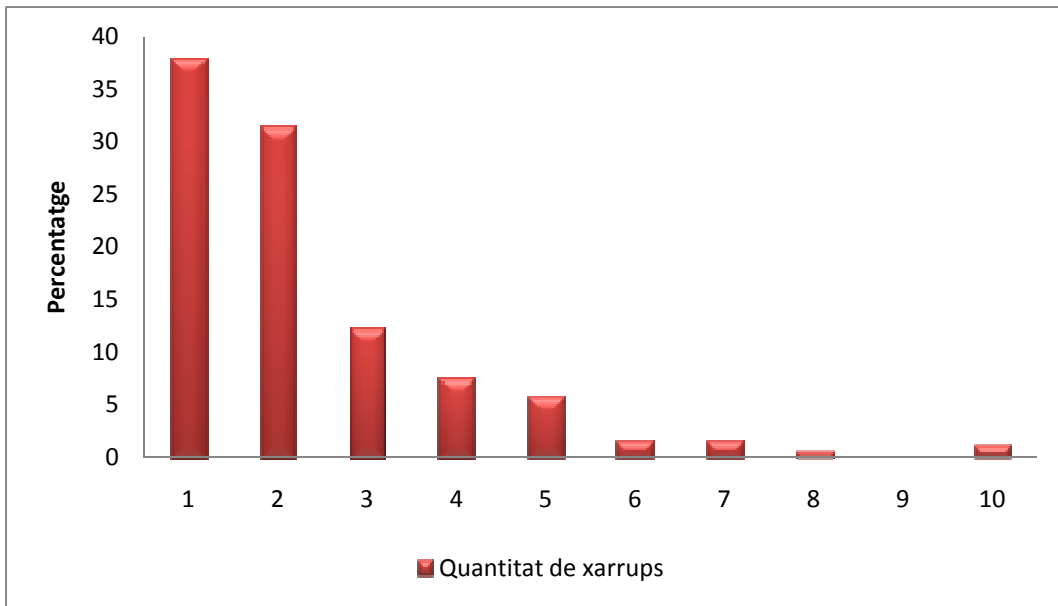


Figura 6.1.2.5.10.: Distribució dels nois consumidors de xarrups segons la quantitat de xarrups consumits el darrer dia.

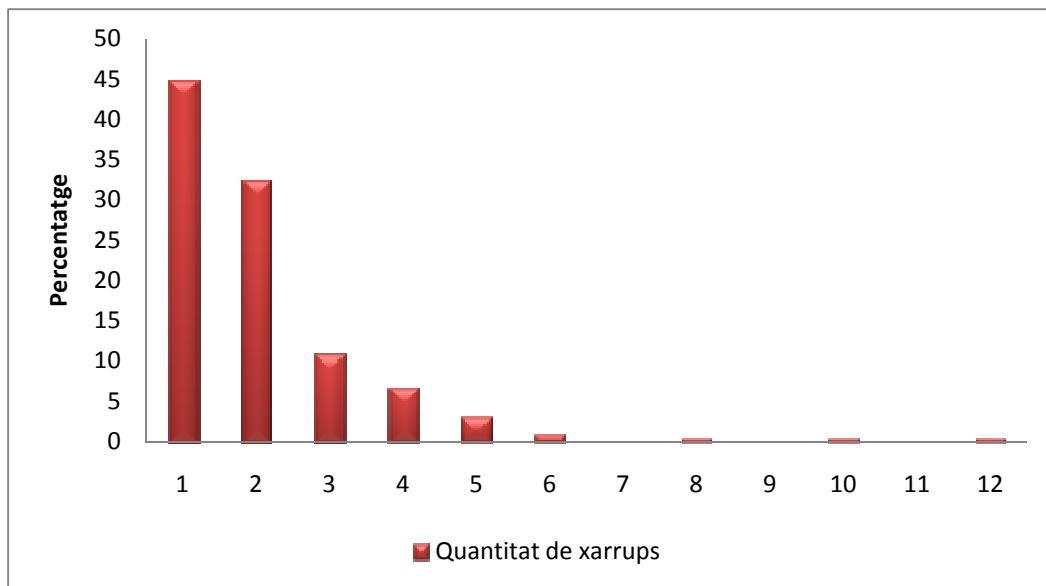


Figura 6.1.2.5.11.: Distribució de les noies consumidores de xarrups segons la quantitat de xarrups consumits el darrer dia.

Conyac/licors

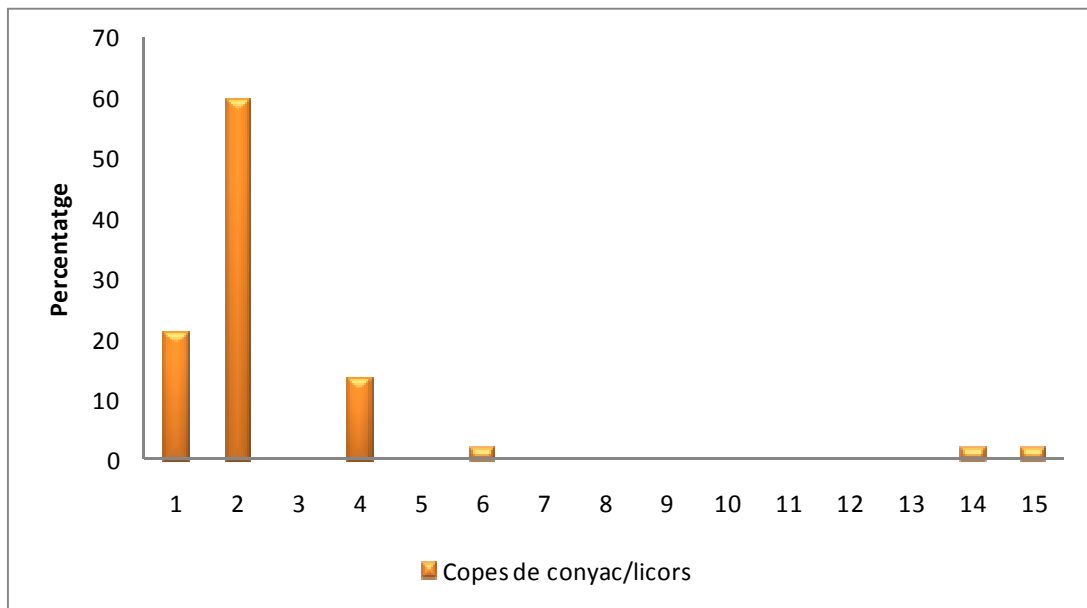


Figura 6.1.2.5.12.: Distribució dels nois consumidors de conyac/licors segons la quantitat de copes de conyac/licors consumides el darrer dia.

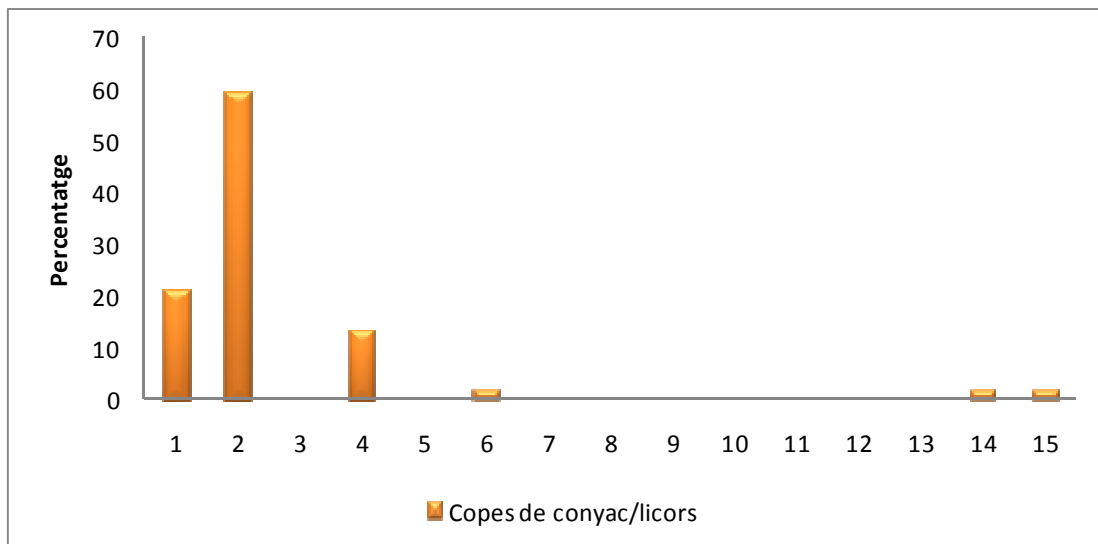


Figura 6.1.2.5.13.: Distribució de les noies consumidors de conyac/licors segons la quantitat de copes de conyac/licors consumides el darrer dia.

Les distribucions de les begudes: cervesa, vi/cava i conyac/licors presenten una gran similitud, constatada per la coincidència en els valors de Moda (2) i de Mediana (2) tant en el cas dels nois com de les noies. En el cas dels xarrups la Moda equival a 1 en noies i a 2 en nois, mentre que la Mediana coincideix amb la de les begudes anteriorment mencionades en el valor de 2 tant en ells com en elles. El patró més dissimilar el detectem en el consum de combinats, el qual presenta un valor de 6 en la Mediana i un valor de 4 en la Moda en el cas dels nois mentre que en elles es detecta un valor de 4 tant per la Mediana com per la Moda.

Tot seguit, s'analitza a la taula 6.1.2.5.6. la magnitud de consum (UBE) en funció del gènere, el tipus de beguda consumida i l'edat. Aquesta última s'ha dividit en tres grups (17-20, 21-24 i 25 o més anys) per tal de facilitar la lectura de les dades.

Taula 6.1.2.5.6.: Magnitud de consum (UBE) en funció del gènere, l'edat i el tipus de beguda consumida.

BEGUDA	EDAT	GÈNERE		TOTAL
		Nois Mitjana (DT) N	Noies Mitjana (DT) N	
COMBINATS	17-20	10.77 (6.58) 271	7.01 (3.95) 287	8.84 (5.7) 558
	21-24	9.63 (5.36) 158	7.68 (4.67) 149	8.68 (5.12) 307
	25 o més	8.18 (3.88) 33	6.39 (3.42) 28	7.36 (3.76) 61
CERVESA	17-20	9.87 (7.5) 216	6.33 (4.1) 138	8.49 (6.61) 354
	21-24	7.12 (6) 154	6.53 (5.24) 93	6.89 (5.72) 247
	25 o més	4.93 (4.04) 59	4.16 (3.89) 32	4.66 (3.98) 91
VI/CAVA	17-20	12.95 (7.99) 94	7.57 (4.56) 115	9.99 (6.87) 209
	21-24	9.79 (6.14) 84	7.52 (4.81) 104	8.53 (5.55) 188
	25 o més	5.82 (4.45) 38	4.58 (3.53) 31	5.26 (4.08) 69
XARRUPS	17-20	14.54 (7.09) 111	8.77 (4.3) 137	11.35 (6.39) 248
	21-24	12.81 (5.58) 59	9.31 (4.59) 61	11.03 (5.38) 120
	25 o més	9 (5.15) 9	7.54 (4.18) 13	8.14 (4.54) 22
CONYAC/LICORS	17-20	17.26 (8.91) 27	9.38 (5.81) 13	14.7 (8.79) 40
	21-24	10.95 (6.79) 22	8.33 (7.02) 3	10.64 (6.73) 25
	25 o més	7.17 (5.95) 6	2.5 (0.71) 2	6 (5.48) 8

Les dades mostren majors consums a les edats més joves, en totes les substàncies per igual tal i com ho confirma un efecte principal significatiu del grup d'edat en la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 2x2 (Edat x Gènere) en cada una de les begudes analitzades (vi/cava: $F(1, 462) = 32.37, p < .0005$; cervesa: $F(1, 688) = 18.56, p < .0005$; xarrups: $F(1, 386) = 6.67, p = .01$; conyac: $F(1, 69) = 4.26, p = .04$ i combinats: $F(1, 922) = 4.77, p = .03$). Per altra banda, també s'observen diferències segons el gènere en totes les begudes tal i com ja s'ha mencionat anteriorment, a excepció del conyac (vi/cava: $F(1, 462) = 11.56, p = .001$; cervesa: $F(1, 688) = 4.84, p = .03$; xarrups: $F(1, 386) = 6.95, p = .009$ i combinats: $F(1, 922) = 12.62, p < .0005$). No obstant, en cap cas s'observa efecte d'interacció entre les variables edat i gènere.

Objectiu: Analitzar l'última ingesta d'alcohol dels joves consumidors en relació a si aquesta va suposar un consum massiu i determinar les possibles diferències per gènere i edat.

A continuació s'analitzen les dades d'aquelles persones que la darrera vegada que van beure alcohol van realitzar un consum massiu (a partir de 6 i 4 UBE en nois i noies respectivament, en una única ocasió), considerat també un consum d'alt risc per la salut. Sense tenir en compte aquells joves que van obviar oferir informació sobre la magnitud del seu darrer consum, descobrim un total de 70.8% ($N = 943$) d'estudiants universitaris consumidors que van efectuar un consum massiu l'últim dia que van prendre alcohol, el que representa un 44.13% de la mostra total de joves. El percentatge esdevé major en els nois (73.3%) que en les noies (68%) amb diferències estadísticament significatives ($\chi^2(1) = 4.46, p = .03$). Si observem els resultats presentats a la figura 6.1.2.5.14., en relació a la proporció de consums massius respecte al gènere i l'edat, detectem de nou diferències significatives respecte a aquesta última variable ($\chi^2(5) = 57.41, p < .0005$). En conseqüència presenciem una tendència a la disminució d'aquests consums a mesura que passen els anys, partint de punts màxims detectats als 19-20 anys (34.1% en nois i 39.3% en noies) i arribant a 1.4% i 0.9% (en nois i noies respectivament) en el grup de màxima edat. Les diferències es manifesten si s'analitzen per separat les dades dels i les joves. Cal comentar també que els resultats obtinguts confirmen que el percentatge de consums massius no varia en funció de si els estudiants acostumen a realitzar consums diaris o esporàdics ($\chi^2(1) = 2.23, p = .13$).

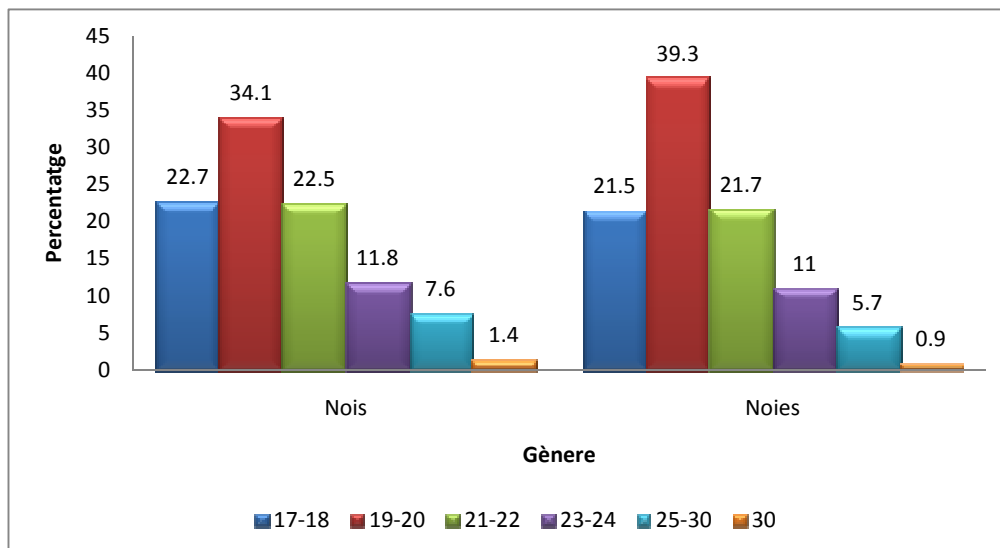


Figura 6.1.2.5.14.: Percentatge de consumidors d'alcohol que van fer un consum massiu el darrer dia que van prendre alcohol segons el gènere i l'edat.

Objectiu: Estudiar els consums màxims d'alcohol i analitzar si existeixen diferències en funció del gènere, l'edat, i la freqüència de consums.

S'ha procedit a l'anàlisi dels majors consumidors d'alcohol de la mostra. S'ha determinat com a criteri de consum elevat aquell que supera en dues desviacions típiques la mitjana d'UBE consumides el darrer dia ($M = 6.99$, $DT = 5.36$). Es detecten 65 casos que reuneixen la condició de superar les 17.71 UBE ingerides, essent el 81.5% nois i el 18.5% restant noies. Aquestes diferències de gènere es mostren significatives a la prova de khi-quadrat ($\chi^2(1) = 24.62$, $p < .0005$).

D'altra banda, per tal de garantir el compliment de les condicions d'aplicació en l'anàlisi de l'edat i els consums elevats, s'han ajuntat les edats en tres grups (17-20, 21-24 anys i 25 o més). S'observen diferències significatives ($\chi^2(2) = 8.68$, $p = .01$) de manera que aquesta tipologia de consum es concentra clarament a les edats més juvenícoles detectant únicament un cas que es produeixi passats els 24 anys. La distribució dels participants que el darrer dia van efectuar un consum elevat d'alcohol segons el gènere i l'edat es presenta a la taula 6.1.2.5.7.

No obstant, les dades analitzades no evidencien diferències en funció de si el consum habitual es produeix a diari o de forma esporàdica ($\chi^2(1) = 0, p = 1^{26}$).

Taula 6.1.2.5.7.: Distribució dels joves que van efectuar un consum elevat d'alcohol per gènere i edat.

EDAT	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
17-20	39 (88.6%) [73.6%]	5 (11.4%) [41.7%]	44 (100%) [67.7%]
21-24	13 (65%) [24.5%]	7 (35%) [58.3%]	20 (100%) [30.8%]
25 o més	1 (100%) [1.9%]	0 (-) [-]	1 (100%) [20%]
TOTAL	53 (81.5%) [100%]	12 (18.5%) [100%]	65 (100%) [100%]

6.1.2.6. Edat de primera experimentació amb l'alcohol

Objectiu: Conèixer l'edat de primera experimentació amb l'alcohol entre els joves que afirmen haver-lo provat en alguna ocasió i les diferències en funció de l'estatus de consum i el gènere.

Es preguntava als participants de l'estudi a quina edat van tastar per primera vegada l'alcohol. Els principals resultats els podem veure a la taula 6.1.2.6.1. Ens trobem davant una mostra que s'ha iniciat en el consum d'alcohol de mitjana als 14.66 anys ($DT = 1.86$). Es detecta efecte principal de la variable estatus de consum en l'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 2x2 (Gènere x Estatus de consum) ($F(2, 1,986) = 19.73, p < .0005$) de manera que aquells que actualment es declaren consumidors d'alcohol van ser més precoços en el debut amb la substància que aquells que l'han provat però no en prenen habitualment (14.47 vs. 15.08). Ara bé, no existeix efecte principal de la variable gènere ($F(1, 1,986) = 0.92, p = .34$) ni tampoc efecte d'interacció entre ambdós factors ($F(1, 1,986) = 0.92, p = .4$). Tot i que no existeix efecte de la

²⁶ No es compleixen les condicions d'aplicació de la prova estadística khi-quadrat (1 casella té una freqüència esperada inferior a 5). Per tant, es pren l'estadístic exacte de Fisher.

variable gènere sobre l'edat de primera experimentació amb l'alcohol quan s'inclouen altres variables en l'anàlisi, sí que s'observen diferències entre nois i noies en fer una anàlisi bivariant ($t(2,024) = 5.07, p < .0005$) de manera que ells van ser uns mesos més precoços en el primer tast d'alcohol que elles (14.43 vs. 14.86).

Taula 6.1.2.6.1.: Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum i el gènere dels estudiants que han provat l'alcohol.

ESTATUS DE CONSUM	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana	Mitjana	Mitjana
	(DT)	(DT)	(DT)
	N	N	N
No consumidor que ha provat l'alcohol	14.96 (2.06) 229	15.15 (1.71) 381	15.08 (1.85) 610
Consumidor	14.26 (1.94) 703	14.69 (1.71) 657	14.47 (1.85) 1360
Exconsumidor	14.60 (1.17) 10	14.75 (1.6) 12	14.68 (1.39) 22
TOTAL	14.43 (1.99) 942	14.86 (1.72) 1,050	14.66 (1.86) 1,992

6.1.2.7. Edat d'inici al consum regular

Objectiu: Avaluat l'edat d'inici al consum regular d'alcohol entre aquells estudiants que es declaren consumidors i analitzar les diferències en funció del gènere i altres variables com el risc per a la salut o el consum massiu d'alcohol.

Un 65% ($N = 1,373$) dels estudiants de la mostra analitzada es declaren consumidors habituals d'alcohol, és a dir, en consumeixen de forma regular (etapes 7, 8 i 9 de l'adaptació del model de Pallonen et al., 1998). L'edat mitjana d'inici al consum regular d'alcohol dels 1,099 universitaris que van respondre la pregunta se situa als 16.66 anys ($DT = 1.74$).

A la taula 6.1.2.7.1. s'exposa l'edat d'inici al consum regular dels estudiants consumidors d'alcohol en funció de la magnitud de consum, en altres paraules, si l'última ingesta va suposar un alt risc per a la salut o no, i el gènere.

Taula 6.1.2.7.1.: Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum d'alcohol" en funció del consum de risc i el gènere dels estudiants consumidors.

RISC PER A LA SALUT	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
Baix risc	16.98 (2.18) 208	17.09 (1.63) 110	17.02 (2.01) 318
Alt risc	16.53 (1.58) 378	16.49 (1.59) 387	16.51 (1.59) 765
TOTAL	16.69 (1.83) 586	16.62 (1.62) 497	16.66 (1.73) 1,083

Els resultats mostren una major prematuritat en l'inici al consum regular d'alcohol entre aquells joves que el darrer dia van efectuar un consum d'alt risc per a la salut (16.51 vs. 17.02), tal i com ho indica la significació del factor principal risc per a la salut en l'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 2x2 (Gènere x Risc per a la salut) ($F(1, 1,079) = 19.33, p < .0005$). Per la seva banda, la variable gènere no sembla tenir relació amb el començament del consum habitual d'alcohol ($F(1, 1,079) = 0.09, p = .76$) ni existeix interacció entre ambdós factors ($F(1, 1,079) = 0.44, p = .51$).

Aquests resultats no difereixen excessivament dels detectats en l'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 2x2 (Gènere x Consum massiu) ja que es descobreix un inici més temprà al consum habitual d'alcohol entre els estudiants que el darrer dia van realitzar un consum massiu ($F(1, 1,079) = 23.59, p < .0005$), el gènere no mostra efecte principal ($F(1, 1,079) = 1.62, p = .2$) ni existeix interacció entre ambdós factors ($F(1, 1,079) = 1.58, p = .21$) (taula 6.1.2.7.2.).

Taula 6.1.2.7.2.: Estadístics descriptius de la variable “Edat d’inici al consum d’alcohol” en funció del consum massiu i el gènere dels estudiants consumidors.

CONSUM MASSIU	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)
	N	N	N
No	17.23 (2.27)	16.93 (1.73)	17.08 (2.03)
	150	139	289
Sí	16.5 (1.61)	16.5 (1.56)	16.5 (1.59)
	436	358	794
TOTAL	16.69 (1.83)	16.62 (1.62)	16.66 (1.73)
	586	497	1,083

6.1.3. LA INFLUÈNCIA SOCIAL

En aquesta secció s’explora la influència social en relació al consum. En primer lloc s’examina l’acompanyant que estava present durant la primera experimentació de l’estudiant amb l’alcohol. Seguidament es fa una comparació de l’estatus actual de consum del millor amic en relació a les variables: nivell d’experimentació, intenció de consum futura, etapa d’adquisició del consum i edat de primer consum i d’inici al consum regular. Finalment es compara l’estatus de consum dels familiars propers (el pare, la mare, els germans i la parella) amb el propi, així com amb l’edat d’inici al consum i al consum regular.

6.1.3.1. Acompanyant durant la primera experimentació amb l’alcohol

Objectiu: Analitzar amb qui estava el jove quan va provar l’alcohol per primera vegada, diferenciant en funció del gènere.

Tal i com s’observa a la taula 6.1.3.1.1., la majoria dels participants de l’estudi van tastar per primera vegada l’alcohol acompanyats d’amics (82.9%), mentre que alguns ho van fer amb la presència de familiars (17.1%). Val a dir, que una minoria dels universitaris es van iniciar en el

consum o bé sols o bé acompanyats d'altres persones (0.4% essent tots nois), si bé aquests s'han omès en l'anàlisi per assegurar el compliment de les condicions d'aplicació de la prova estadística khi-quadrat, la qual mostra diferències significatives entre el gènere i l'acompanyant ($\chi^2 (1) = 15.71, p < .0005$). Proporcionalment més noies (86.1%) que nois (79.4%) estaven amb els amics en la primera experimentació amb l'alcohol, així com més universitaris (20.6%) que universitàries es trobaven amb familiars (13.9%).

Taula 6.1.3.1.1.: Distribució dels joves que han provat l'alcohol en funció de l'acompanyant durant la primera experimentació i el gènere.

GÈNERE	ACOMPANYANT DURANT LA PRIMERA EXPERIMENTACIÓ		$\chi^2(1)$ (p) N
	Amics	Familiars	
NOIS	748 (45%) [79.4%]	194 (56.7%) [20.6%]	15.71, ($< .0005$) 2,005
NOIES	915 (55%) [86.1%]	148 (43.3%) [13.9%]	
TOTAL	1,663 (100%) [82.9%]	342 (100%) [17.1%]	

Pel que respecta a l'anàlisi de l'estatus de consum en funció de l'acompanyant durant la primera experimentació amb l'alcohol (taula 6.1.3.1.2.) s'han agrupat les persones exconsumidores dins el grup *ha provat l'alcohol però no és consumidor* per tal de garantir el compliment de les condicions d'aplicació. En termes generals es detecta associació entre ambdues variables ($\chi^2 (1) = 10.57, p = .01$) de manera que els consumidors actuals van iniciar-se amb familiars en major proporció que aquells que no consumeixen alcohol regularment. Aquestes troballes es repeteixen en el cas de les noies ($\chi^2 (1) = 4.28, p = .04$), tendint a la significació en el cas dels nois ($\chi^2 (1) = 3.55, p = .06$).

Taula 6.1.3.1.2.: Distribució dels joves que han provat l'alcohol en funció de l'acompanyant durant la primera experimentació, l'estatus de consum i el gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM	ACOMPANYANT DURANT LA PRIMERA EXPERIMENTACIÓ AMB L'ALCOHOL		$\chi^2(1)$ (p) N
		Amb amics	Amb familiars	
NOIS	No consumidor que ha provat l'alcohol	187 (83.1%)	38 (16.9%)	3.55 (.06) 924
	Consumidor	538 (73.2%)	151 (21.9%)	
	Exconsumidor	10 (100%)	0 (-)	
NOIES	No consumidora que ha provat l'alcohol	338 (88.5%)	44 (11.5%)	4.28 (.04) 1,048
	Consumidora	551 (84.3%)	103 (15.7%)	
	Exconsumidora	12 (100%)	0 (-)	

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

6.1.3.2. Consum d'alcohol del millor amic

Objectiu: Avaluat la relació entre l'estatus de consum d'alcohol dels participants de l'estudi i el dels seus millors amics en funció del gènere.

Atesa la poca existència de casos d'exconsumidors entre els joves i els amics de la mostra s'ha optat per unir aquests dins la categoria de no consumidors en l'aplicació de la prova estadística khi-quadrat per tal de garantir el compliment de les condicions d'aplicació. S'engloben en el grup de *no consumidors* d'alcohol tots aquells joves que actualment no se n'hi consideren, tot i que poden haver-lo provat en alguna ocasió o bé no haver-ho fet mai.

Existeix concordança entre l'estatus propi i el del millor amic ($\chi^2(1) = 733.58, p < .0005$), de manera que els universitaris consumidors acostumen a tenir com a millor amic algú que també consumeix alcohol habitualment (86.8%) mentre que els no consumidors tenen millors amics amb el seu mateix estatus (73.1%). Els millors amics dels exconsumidors, de forma genèrica,

són consumidors actualment. La concordança es manté si s'analitzen per separat els nois i les noies (taula 6.1.3.2.1.).

Taula 6.1.3.2.1.: Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum propi, l'estatus de consum del millor amic i el gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM PROPI	ESTATUS DE CONSUM DEL MILLOR AMIC			$\chi^2(1)$ (p) N
		No consumidor	Consumidor	Exconsumidor	
NOIS	No consumidor	158 (67.5%)	72 (30.8%)	4 (1.7%)	305.07 (<.0005) 953
	Consumidor	77 (11.4%)	593 (88.1%)	3 (0.4%)	
	Exconsumidor	0 (-)	8 (100%)	0 (-)	
NOIES	No consumidora	294 (74.6%)	98 (24.9%)	2 (0.5%)	412.93 (<.0005) 1,071
	Consumidora	71 (11.3%)	554 (87.9%)	5 (0.8%)	
	Exconsumidora	2 (15.4%)	11 (84.6%)	0 (-)	

258 participants no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

Objectiu: Estudiar la coincidència en el nivell d'experimentació dels joves i els seus millors amics en funció del gènere.

Els resultats mostren novament una elevada coincidència entre el grau d'experimentació dels universitaris i el del millor amic ($\chi^2(4) = 1,043.17, p < .0005^{27}$). Cal fer esment que en aquestes anàlisis també s'han agrupat el conjunt d'exconsumidors dins la categoria *ho ha provat però no és consumidor*. Tot seguit es presenta, a la taula 6.1.3.2.2., la distribució de joves segons el nivell d'experimentació propi, el del millor amic i el gènere. En ella s'observa que si s'analitzen per separat, nois i noies, es manté la concordança detectada.

²⁷ No es compleixen les condicions d'aplicació per l'existència d'una casella amb freqüència esperada inferior a 5, fet que fa interpretar els resultats amb cautela

Taula 6.1.3.2.2.: Distribució dels joves segons el nivell d'experimentació propi, el nivell d'experimentació del millor amic i el gènere.

GÈNERE		NIVELL D'EXPERIMENTACIÓ AMB L'ALCOHOL DEL MILLOR AMIC				$\chi^2(4)$ (p) N
		No ho ha provat	Ho ha provat però no és consumidor	Consumidor	Exconsumidor	
NOIS	No ho ha provat	16 (41%)	9 (23.1%)	12 (30.8%)	2 (5.1%)	431.39 ($<.0005^*$) 953
	Ho ha provat però no és consumidor	11 (5%)	149 (67.1%)	60 (27%)	2 (0.9%)	
	Consumidor	10 (1.5%)	77 (11.3%)	593 (86.8%)	3 (0.4%)	
	Exconsumidor	1 (11.1%)	0 (-)	8 (88.9%)	0 (-)	
NOIES	No ho ha provat	15 (42.9%)	11 (31.4%)	9 (25.7%)	0 (-)	593.66 ($<.0005^*$) 1,071
	Ho ha provat però no és consumidora	10 (2.6%)	283 (73.7%)	89 (23.2%)	2 (0.5%)	
	Consumidora	9 (1.4%)	71 (11.1%)	554 (86.7%)	5 (0.8%)	
	Exconsumidora	0 (-)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	0 (-)	

113 persones no han respòs alguna dada relacionada amb aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

*No es compleixen les condicions d'aplicació: 1 casella té una freqüència esperada inferior a 5

Objectiu: Estudiar la concordança en la intenció de consum futura entre els estudiants i els seus millors amics i observar si existeixen diferències en funció del gènere.

L'anàlisi de la intencionalitat de consum futura dels joves mostra una gran concordança entre la intenció pròpia i la dels amics més significatius ($\chi^2(4) = 971.34, p < .0005$). A fi i efecte d'analitzar les possibles diferències en funció del gènere s'ha elaborat la taula 6.1.3.2.3. D'ella se'n destaca una clara coincidència entre la intenció pròpia i dels iguals significatius, amb aval estadístic, tant en el cas d'ells com d'elles.

Taula 6.1.3.2.3.: Distribució dels joves segons la intenció de consum pròpia i del millor amic, per gèneres.

GÈNERE	INTENCIÓ DE CONSUM PRÒPIA	INTENCIÓ DE CONSUM DEL MILLOR AMIC			$\chi^2(4)$ (p) N
		No té intenció de consum	Té intenció de consum	És consumidor	
NOIS	No té intenció de consum	30 (39.5%)	25 (32.9%)	21 (27.6%)	397.44 ($<.0005$) 937
	Té intenció de consum	18 (9.9%)	112 (61.9%)	51 (28.2%)	
	És consumidor	32 (4.7%)	55 (8.1%)	593 (87.2%)	
NOIES	No té intenció de consum	44 (36.4%)	40 (33.1%)	37 (30.6%)	552.28 ($<.0005$) 1,053
	Té intenció de consum	27 (9.1%)	209 (70.1%)	62 (20.8%)	
	És consumidora	34 (5.4%)	46 (7.3%)	554 (87.4%)	

144 persones no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

Objectiu: Analitzar la concordança en les etapes d'adquisició del consum d'alcohol en els participants de l'estudi i els seus millors amics en nois i noies.

Se sol·licitava als participants de la mostra que identifiquessin en quina etapa d'adquisició del consum d'alcohol en relació a l'adaptació del model de Pallonen et al. (1998) es troba el seu amic més íntim. Els principals resultats s'exposen a la taula 6.1.3.2.4. L'etapa majoritària del consum del millor amic és aquella en què *es consumeix alcohol tot i que no cada dia* (60.7%) seguida de l'etapa en què no s'ha provat però es té intenció de consumir-ne en els propers 30 dies (14.8%). Ben al contrari, els estadis minoritaris són aquells en que *es consumia però s'ha abandonat l'hàbit fa menys de 6 mesos i no ho ha provat però té intenció de consumir en els propers 6 mesos*, amb un 0.2% de participants en tots dos casos.

Taula 6.1.3.2.4.: Etapes d'adquisició del consum d'alcohol i experimentació prèvia del millor amic.

ETAPA D'ADQUISICIÓ	TOTAL
No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos	62 (3.1%)
No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 6 mesos	4 (0.2%)
No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 30 dies	7 (0.3%)
Ho ha provat però no té intenció de consumir en els propers 6 mesos	124 (6.1%)
Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos	178 (8.8%)
Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies	300 (14.8%)
En consumeix, però no cada dia	1230 (60.7%)
En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos	12 (0.6%)
En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos	95 (4.7%)
En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos	4 (0.2%)
En consumia però ho ha deixat des de fa 6 mesos o més	10 (0.5%)
TOTAL	2,026* (100%)

*111 persones no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total

Les figures que es presenten a continuació tenen per objectiu la comparació de l'etapa d'adquisició del consum propi i la del millor amic: en general (figura 6.1.3.1.) i específicament pel cas dels nois (figura 6.1.3.2.) i de les noies (6.1.3.3.).

6.Resultats

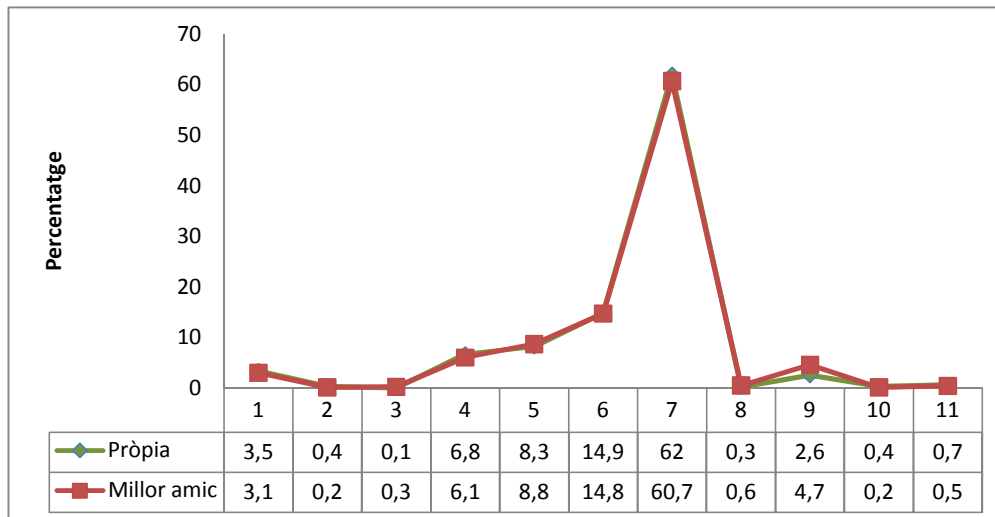


Figura 6.1.3.1.: Distribució dels joves segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol pròpia i del millor amic.

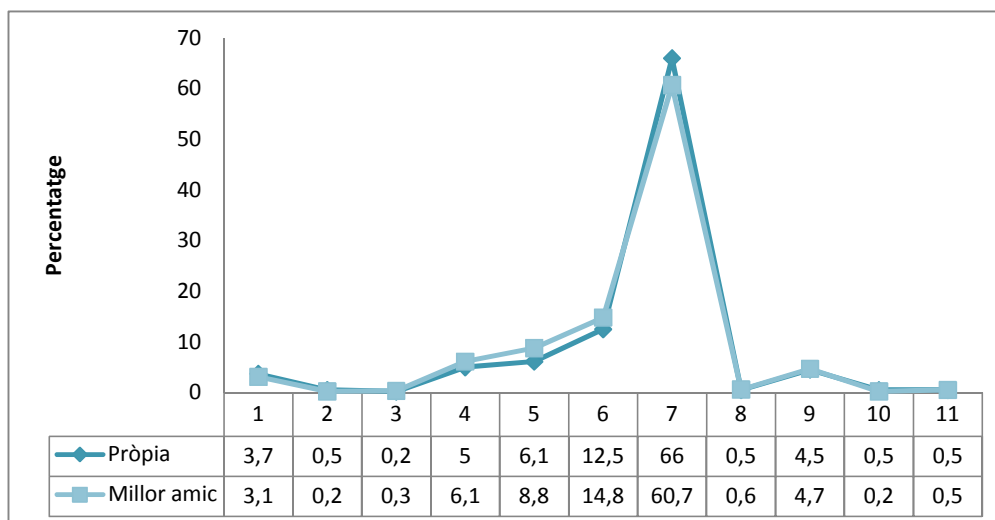


Figura 6.1.3.2.: Distribució dels nois segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol pròpia i del millor amic.

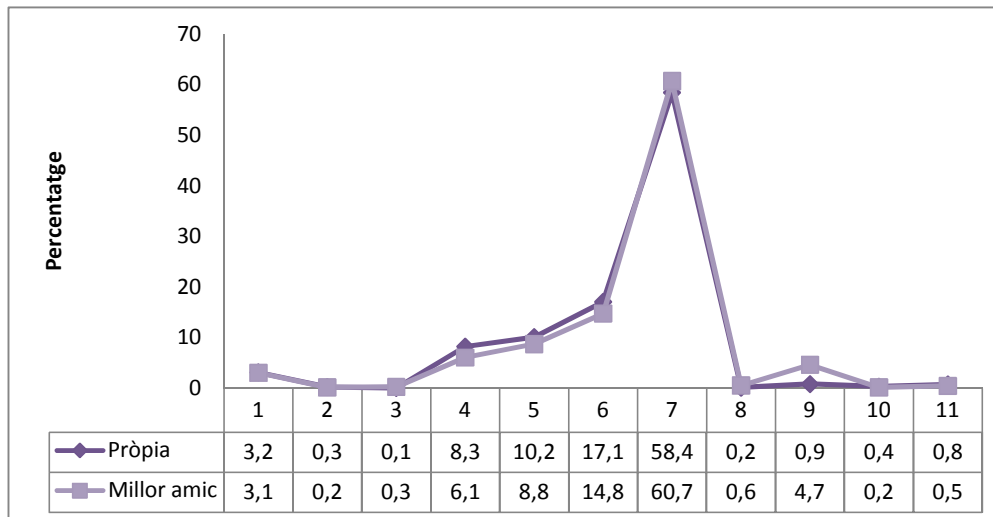


Figura 6.1.3.3.: Distribució de les noies segons l'etapa d'adquisició del consum d'alcohol pròpia i del millor amic.

Etapes:

- 1- No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
- 2- No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 6 mesos
- 3- No ho ha provat mai però té intenció de consumir en els propers 30 dies
- 4- Ho ha provat però no té intenció de consumir en els propers 6 mesos
- 5- Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos
- 6- Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies
- 7- En consumeix, però no cada dia
- 8- En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos
- 9- En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos
- 10- En consumia però ho ha deixat fa menys de 6 mesos
- 11- En consumia però ho ha deixat fa més de 6 mesos

De forma genèrica s'observa una clara coincidència en el patró i evolució en les etapes d'adquisició del consum propi i del millor amic, tal i com ho evidencia una correlació positiva i significativa en la prova de Spearman ($r = .54, p < .0005$).

En el cas dels nois, entre l'etapa pròpia i del millor amic existeix també una correlació positiva i significativa ($r = .51, p < .0005$), essent la tendència observada igual que la del model general. Es detecta en ells una lleugera desviació entre el percentatge propi i del millor amic en les etapes 4-6, pròpies de persones que han experimentat en alguna ocasió amb l'alcohol, situant al millor amic en major proporció en aquestes etapes.

En el cas de les noies la prova estadística aporta el mateix resultat (correlació positiva i significativa: $r = .55$, $p < .0005$) i la tendència observada en la figura no difereix de les anteriors presentades. En elles també es detecta la mateixa divergència que en el cas dels nois en les etapes 4-6 però en sentit contrari a ells, en altres paraules, les noies se situen a sí mateixes en major proporció en les etapes 4-6 que als seus amics íntims i alhora assignen un major percentatge d'amics a l'etapa 9 vers elles mateixes.

Objectiu: Analitzar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol dels participants segons l'estatus de consum del millor amic i el gènere.

A la taula 6.1.3.2.5. es presenten els estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere.

Taula 6.1.3.2.5.: Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere dels estudiants que han provat l'alcohol.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DEL MILLOR AMIC	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No l'ha provat	14.58 (2.98) 26	16.04 (2.36) 23	15.27 (2.78) 49
L'ha provat però no és consumidor	14.71 (2.06) 224	15.11 (1.55) 346	14.96 (1.77) 570
Consumidor	14.3 (1.92) 662	14.69 (1.69) 652	14.49 (1.82) 1,314
Exconsumidor	14.6 (.55) 5	15 (1.41) 7	14.83 (1.11) 12
TOTAL	14.41 (1.99) 917	14.87 (1.68) 1,028	14.65 (1.85) 1,945

Els resultats mostren efecte principal de la variable estatus de consum ($F(2, 1,966) = 10.83, p < .0005$) en l'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum del millor amic x Gènere). En conseqüència es detecta major precocitat en l'inici al consum entre aquells joves que tenen millors amics que consumeixen alcohol habitualment vers els que mai han tastat l'alcohol o aquells que l'han tastat però no es consideren consumidors (14.49 vs. 14.96 i 15.27; Prova de Scheffé = -.46, $p < .0005$ i -.77, $p = .02$). Ara bé, aquells que tenen amics consumidors i exconsumidors no es diferencien per l'edat d'inici al consum d'alcohol. Aquests resultats s'han d'interpretar amb precaució ja que no es compleixen les condicions d'aplicació per la prova realitzada (no s'han assumit les variàncies iguals en la Prova de Levene: $F(7, 1,937) = 2.65, p < .0005$).

Per la seva banda, l'edat de primera experimentació també manifesta relació amb el gènere ($F(1, 1,966) = 9.86, p = .002$) de manera que són els nois els que s'inicien abans en l'experimentació amb l'alcohol (14.41 vs. 14.87). No existeix efecte d'interacció entre ambdues variables ($F(2, 1,966) = 0.21, p = .81$).

Objectiu: Relacionar l'edat d'inici al consum regular d'alcohol dels joves consumidors amb l'estatus de consum del millor amic i observar si hi han diferències segons el gènere.

A la taula 6.1.3.2.6. s'exposen els estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular d'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere.

Taula 6.1.3.2.6.: Estadístics descriptius de la variable “Edat d’inici al consum regular d’alcohol” en funció de l’estatus de consum del millor amic i el gènere dels estudiants consumidors.

ESTATUS DE CONSUM D’ALCOHOL DEL MILLOR AMIC	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d’edat (DT) N	Mitjana d’edat (DT) N	Mitjana d’edat (DT) N
No l’ha provat	17.44 (1.33) 9	17.17 (1.64) 12	17.29 (1.49) 21
L’ha provat però no és consumidor	17.16 (2.33) 82	16.87 (1.91) 86	17.01 (2.13) 168
Consumidor	16.58 (1.69) 522	16.60 (1.58) 449	16.59 (1.64) 971
Exconsumidor	15.67 (0.58) 3	16.25 (1.58) 4	16 (1.29) 7
TOTAL	16.66 (1.79) 616	16.65 (1.64) 551	16.66 (1.72) 1167

Les dades indiquen que aquells joves que tenen amics exconsumidors són els que van començar més aviat a prendre alcohol regularment, seguits dels que tenen com a millor amic a un consumidor, dels que l’han provat i finalment se situen els que tenen un amic que mai ha tastat l’alcohol els que comencen de forma més tardada. Aquests resultats mostren diferències significatives en l’Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum del millor amic x Gènere) ($F(3, 1,159) = 4.32, p = .005$), de manera que es detecta un inici més precoç en el consum regular d’alcohol, de nou entre aquells universitaris que tenen amics consumidors (16.59) respecte a aquells que únicament han tastat l’alcohol però no en prenen regularment (17.01) (Prova de Scheffé = -0.42, $p = .03$).

El cas de les noies segueix el mateix patró que els nois donat que l’efecte del gènere no es mostra significatiu ($F(1, 1,159) = 0.001, p = .98$) així com tampoc existeix interacció entre els factors ($F(3, 1,159) = 0.49, p = .69$).

6.1.3.3. Consum d'alcohol dels familiars

Objectiu: Analitzar l'estatus actual de consum d'alcohol dels familiars més propers i la seva relació amb l'estatus de consum del jove, l'edat d'inici al consum i l'edat d'inici al consum regular entre aquells que mantenen un contacte freqüent amb la substància.

6.1.3.3.1 El pare

Objectiu: Estudiar la relació entre l'estatus de consum patern i del jove en funció del gènere.

Ens trobem davant una mostra que afirma, de forma majoritària, tenir un pare consumidor (57.9%), mentre que un 30.4% informa que el pare no consumeix i un 11.7% informa que el seu pare consumia alcohol però actualment ha abandonat aquest hàbit. Amb la finalitat d'estudiar la relació entre l'estatus de consum patern i dels joves s'ha aplicat la prova de comparació basada en la distribució khi-quadrat la qual corrobora l'existència d'associació entre ambdues variables ($\chi^2 (2) = 41.78, p < .0005$). Entre els joves consumidors, el percentatge de pares que consumeixen alcohol és més elevat (62.8%) que entre els no consumidors (46.4%) o els exconsumidors (55.6%). Els resultats que es presenten a la taula 6.1.3.3.1.1. reflecteixen l'estatus de consum d'alcohol propi en funció del patern, diferenciant per gèneres. Les diferències es mantenen si s'analitzen els resultats per separat pel cas dels nois i de les noies.

Taula 6.1.3.3.1.1.: Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum del pare i el gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM	ESTATUS DE CONSUM DEL PARE			$\chi^2(2)$ (p) N
		No consumidor	Exconsumidor	Consumidor	
NOIS	No consumidor	65 (36.7%)	25 (14.1%)	87 (49.2%)	14.84 (.001) 813
	Consumidor	140 (23.3%)	69 (11.5%)	392 (65.2%)	
	Exconsumidor	1 (16.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)	
NOIES	No consumidora	140 (43.9%)	36 (11.3%)	143 (44.8%)	22.9 (<.0005) 919
	Consumidora	158 (28.3%)	63 (11.3%)	337 (60.4%)	
	Exconsumidora	4 (33%)	2 (16%)	6 (50%)	

461 participants no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

Objectiu: Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol amb l'estatus actual de consum del pare en nois i noies.

La taula 6.1.3.3.1.2. resumeix els estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum del pare i el gènere.

Taula 6.1.3.3.1.2.: Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" dels estudiants que han provat l'alcohol, en funció de l'estatus de consum del pare i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DEL PARE	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No consumidor	14.73 (2.13) 207	15.01 (1.70) 306	14.90 (1.89) 513
Exconsumidor	14.37 (1.85) 99	14.68 (1.82) 100	14.53 (1.83) 199
Consumidor	14.30 (1.94) 484	14.79 (1.69) 482	14.54 (1.83) 966
TOTAL	14.42 (1.99) 790	14.85 (1.71) 888	14.65 (1.86) 1,678

En primer lloc els resultats indiquen un inici al consum d'alcohol més tardà entre aquells que no han presenciat un consum d'alcohol habitual per part del seu progenitor, atesa la significació del factor estatus de consum del pare en l'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum del pare x Gènere) ($F(2, 1,672) = 5.66, p = .004$; Prova Scheffé = .36, $p = .002$ en la relació entre el pare no consumidor - consumidor i tendeix a la significació en la relació entre no consumidor - exconsumidor: Scheffé = .37, $p = .053$).

Paral·lelament, existeix novament efecte del factor gènere, ja comentat anteriorment a favor d'un debut més demorat en les noies ($F(1, 1,672) = 10.58, p = .001$). Per altra banda, les dades no mostren efecte d'interacció entre el gènere i l'estatus de consum patern ($F(2, 1,672)=0.64, p = .53$).

Objectiu: Avaluar possibles diferències entre l'edat d'inici al consum regular en relació a l'estatus de consum del pare i el gènere.

A la taula 6.1.3.3.1.3. es presenten els principals resultats en relació a l'edat d'inici al consum regular, entre aquells joves que prenen alcohol habitualment, i l'estatus de consum patern.

Taula 6.1.3.3.1.3.: Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici al consum regular" en funció de l'estatus de consum del pare i el gènere dels estudiants consumidors.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DEL PARE	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No consumidor	16.69 (1.66) 114	16.69 (1.84) 123	16.69 (1.75) 237
Exconsumidor	16.70 (1.83) 61	16.97 (1.65) 64	16.84 (1.74) 125
Consumidor	16.62 (1.82) 365	16.55 (1.61) 297	16.59 (1.73) 662
TOTAL	16.65 (1.78) 540	16.64 (1.68) 484	16.64 (1.73) 1,024

L'escassa diferència d'uns pocs decimals entre les variades situacions també es fan paleses en la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum del pare x Gènere) doncs no es detecta ni efecte principal de l'estatus de consum del pare ($F(2, 1,018) = 1.22, p = .3$) ni del gènere ($F(1, 1,018) = 0.22, p = .64$) ni efecte d'interacció entre ells ($F(2, 1,018) = 0.49, p = .61$).

6.1.3.3.2. La mare

Objectiu: Estudiar la relació entre l'estatus de consum actual de la mare i el de l'estudiant en funció del gènere.

Segons la informació aportada pels seus fills, un 47% de mares acostumen a prendre alcohol amb certa regularitat. Amb un percentatge similar (43.3%) figuren les mares abstèmies, mentre que aquelles que abans bevien alcohol i ara no conformen únicament el 9.7% dels casos. De forma genèrica, talment com en el cas del pare, existeix relació entre el consum de la mare i del jove ($\chi^2(2) = 22.86, p < .0005$). En altres paraules, es detecta una major proporció de mares no consumidores quan el fill tampoc consumeix, al mateix temps que un major nombre de mares que beuen alcohol entre els fills també consumidors. En els casos en que el fill havia consumit però no ho fa ara, es detecta una major quantia de mares no consumidores. Per tal d'analitzar la possible associació entre l'estatus de consum matern-filial per gènere s'ha creat la taula 6.1.3.3.2.1. Si s'analitzen per separat les dades dels nois i les noies aquestes diferències es fan manifestes únicament en el cas d'elles.

Taula 6.1.3.3.2.1.: Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum de la mare i el gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM	ESTATUS DE CONSUM DE LA MARE			$\chi^2(2)$ (p) N
		No consumidora	Exconsumidora	Consumidora	
NOIS	No consumidor	63 (48.1%)	13 (9.9%)	55 (42%)	4.08 (.13) 582
	Consumidor	160 (37.3%)	50 (11.7%)	219 (51%)	
	Exconsumidor	3 (50%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	
NOIES	No consumidora	137 (55.5%)	22 (8.9%)	88 (35.6%)	19.18 (<.0005) 762
	Consumidora	195 (40.6%)	39 (8.1%)	246 (51.3%)	
	Exconsumidora	5 (45.5%)	2 (18.2%)	4 (36.4%)	

847 persones no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

Objectiu: Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol, entre aquells estudiants que l'han provat en alguna ocasió, amb l'estatus de consum matern en nois i noies.

Tot seguit, a la taula 6.1.3.2.2., es mostren els estadístics descriptius de l'edat d'inici al consum entre aquells universitaris que l'han provat en alguna ocasió en funció de l'estatus de consum matern per gèneres.

Taula 6.1.3.3.2.2.: Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" dels estudiants que l'han provat en alguna ocasió en funció de l'estatus de consum de la mare i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DE LA MARE	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No consumidora	14.61 (1.78) 228	14.91 (1.67) 340	14.79 (1.72) 658
Exconsumidora	14.46 (1.47) 65	14.89 (1.56) 63	14.67 (1.52) 128
Consumidora	14.07 (2.17) 275	14.60 (1.73) 334	14.36 (1.96) 609
TOTAL	14.33 (1.96) 568	14.77 (1.69) 737	14.58 (1.83) 1,305

Malgrat no existeix efecte d'interacció entre els factors que componen la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum de la mare x Gènere) ($F(2, 1,299) = 0.6$, $p = .55$), sí es detecta efecte principal de l'estatus de consum matern ($F(2, 1,299) = 8.24$, $p < .0005$) en el sentit que aquells que tenen una mare consumidora d'alcohol es van iniciar en el consum més aviat que aquells que la seva mare s'ha mostrat abstèmia dins l'àmbit familiar (Prova Scheffé = .43, $p < .0005$). El gènere, per la seva banda, ens torna a fer evidents les diferències entre nois i noies a favor d'una major precocitat en l'experimentació amb l'alcohol entre ells ($F(1, 1,299) = 10.51$, $p = .001$).

Objectiu: Avaluar variacions en l'edat d'inici al consum regular en relació a l'estatus de consum actual de la mare i el gènere.

Si observem els estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici de consum regular" dels estudiants consumidors en funció de l'estatus de consum de la mare i el gènere, mostrats a la taula 6.1.3.3.2.3., observem que en general no existeixen diferències en l'edat d'inici al consum regular segons l'estatus de consum de la mare ($F(2, 796) = 0.88, p = .42$), així com tampoc per raó del gènere ($F(1, 796) = 0.05, p = .83$), ni es descobreix interacció entre els factors ($F(2, 796) = 0.16, p = .85$).

Taula 6.1.3.3.2.3.: Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici de consum regular" dels estudiants consumidors en funció de l'estatus de consum de la mare i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DE LA MARE	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No consumidora	16.74 (1.94) 136	16.63 (1.74) 152	16.68 (1.83) 288
Exconsumidora	16.55 (1.63) 49	16.51 (1.14) 43	16.53 (1.42) 92
Consumidora	16.49 (1.74) 205	16.53 (1.7) 217	16.51 (1.72) 422
TOTAL	16.58 (1.8) 390	16.57 (1.66) 412	16.57 (1.73) 802

6.1.3.3.3. Els germans

Objectiu: Estudiar la relació entre l'estatus de consum actual del germà i el del jove en funció del gènere.

La majoria d'estudiants universitaris tenen germans que beuen alcohol amb certa regularitat (56.3%). No obstant, un 25% tenen germans exconsumidors i únicament un 18.8% dels joves de la mostra afirma que el seu germà no pren alcohol habitualment. Els resultats de la prova estadística khi-quadrat evidencien l'existència d'associació entre l'estatus actual de consum del germà i el propi ($\chi^2(2) = 37.56$, $p < .0005$). En efecte, els estudiants consumidors tenen amb major proporció que els no consumidors també germans que consumeixen alcohol. Aquesta situació succeeix tant en el cas dels nois com de les noies, tal i com es posa de manifest a la taula 6.1.3.3.3.1., la qual analitza l'estatus de consum d'alcohol propi, el d'algun germà i el gènere.

Taula 6.1.3.3.3.1.: Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum per part d'algun germà i el gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM	ESTATUS DE CONSUM D'ALGUN GERMÀ			$\chi^2(2)$ (p) N
		No consumidor	Exconsumidor	Consumidor	
NOIS	No consumidor	28 (29.8%)	4 (4.3%)	62 (66%)	6.2 (.04) 489
	Consumidor	71 (18.8%)	26 (6.9%)	280 (74.3%)	
	Exconsumidor	- (%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
NOIES	No consumidor	105 (47.1%)	14 (6.2%)	105 (46.7%)	28.26 (<.0005) 659
	Consumidor	116 (28.5%)	17 (4.2%)	274 (67.3%)	
	Exconsumidor	3 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	

1,033 persones no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

Objectiu: Relacionar l'edat de primera experimentació amb l'alcohol amb l'estatus de consum d'algun germà en nois i noies.

Seguidament, a la taula 6.1.3.3.2., s'exposen els estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum d'algun germà i el gènere.

Taula 6.1.3.3.2.: Estadístics descriptius de la variable "Edat de primera experimentació amb l'alcohol" en funció de l'estatus de consum d'algun germà i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL D'ALGUN GERMÀ	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No consumidor	14.83 (1.72) 100	14.95 (1.73) 223	14.91 (1.73) 323
Exconsumidor	14.48 (1.71) 31	14.82 (1.57) 34	14.66 (1.63) 65
Consumidor	14.32 (1.91) 346	14.67 (1.74) 379	14.50 (1.83) 725
TOTAL	14.43 (1.87) 477	14.78 (1.73) 636	14.63 (1.8) 1,113

En l'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum d'algun germà x Gènere) no es descobreix efecte d'interacció entre ambdós factors ($F(2, 1,107) = 0.46, p = .63$), ni efecte del gènere ($F(1, 1,107) = 2.54, p = .11$). Tanmateix, l'estadi de consum del germà sí mostra relació amb l'edat de primera experimentació amb l'alcohol ($F(2, 1,107) = 4.9, p = .01$). Precisament, aquells joves que formen part de l'estudi i declaren que el seu germà pren alcohol amb certa regularitat van tastar aquesta substància de forma més precoç que aquells que només tenen germans abstemis (Prova Scheffé = .41, $p = .003$).

Objectiu: Avaluar si existeixen diferències en l'edat d'inici al consum regular en funció de l'estatus de consum del germà en nois i noies.

S'analitzen les dades de les 699 persones de la mostra que prenen alcohol amb regularitat i que van accedir a comunicar l'estatus actual de consum dels seus germans, així com l'edat en que es van originar les ingestes periòdiques de la substància. Amb l'interès de relacionar aquestes dues variables s'ha creat la taula 6.1.3.3.3.

Taula 6.1.3.3.3.: Estadístics descriptius de la variable "Edat d'inici de consum regular" dels estudiants consumidors en funció de l'estatus de consum d'algun germà i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL D'ALGUN GERMÀ	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N	Mitjana d'edat (DT) N
No consumidor	16.97 (1.88) 61	16.63 (1.78) 88	16.77 (1.82) 149
Exconsumidor	16.39 (1.53) 23	16.33 (1.11) 15	16.37 (1.36) 38
Consumidor	16.62 (1.74) 257	16.71 (1.81) 255	16.67 (1.77) 512
TOTAL	16.67 (1.75) 341	16.67 (1.77) 358	16.67 (1.76) 699

Els resultats indiquen que, amb independència del gènere ($F(1, 693) = 0.22, p = .64$), l'estatus actual de consum del germà no guarda relació amb l'edat d'inici al consum regular ($F(2, 693) = 0.91, p = .4$), ni es detecta efecte d'interacció entre els dos factors ($F(2, 693) = 0.83, p = .43$) en la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum d'algun germà x Gènere).

6.1.3.3.4. La parella

Objectiu: Estudiar la relació entre l'estatus de consum actual de la parella i el del jove en funció del gènere.

Ens trobem davant una mostra que té un 62% de parelles consumidores, un 31.5% no consumidores i un 6.5% exconsumidores. Per altra banda, i després d'aplicar la prova de comparació khi-quadrat, els resultats estadístics fan evident la relació entre l'estatus propi i el de la parella ($\chi^2(2) = 23.34$, $p < .0005$). Cal precisar, per tant, que els joves consumers tenen en major quantia parelles també consumidores. Els resultats presentats a la taula 6.1.3.3.3.1. mostren l'estatus de consum d'alcohol dels estudiants universitaris de la mostra en relació a l'estatus de la seva parella, en els nois i noies. Les diferències es mantenen tant pel cas d'ells com d'elles.

Taula 6.1.3.3.3.1.: Distribució dels joves en funció de l'estatus de consum d'alcohol propi, l'estatus de consum per part de la parella i el gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM	ESTATUS DE CONSUM DE LA PARELLA			$\chi^2(2)$ (p) N
		No consumidor	Exconsumidor	Consumidor	
NOIS	No consumidor	23 (40.4%)	5 (8.8%)	29 (50.9%)	10.32 (.01) 350
	Consumidor	65 (23.1%)	10 (7.1%)	196 (69.8%)	
	Exconsumidor	0 (-)	1 (50%)	1 (50%)	
NOIES	No consumidor	87 (41.4%)	15 (7.1%)	108 (51.4%)	11.85 (.003) 619
	Consumidor	121 (31.3%)	18 (4.7%)	248 (64.1%)	
	Exconsumidor	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)	

1,033 persones no han respòs aquesta pregunta

Freqüència absoluta

() Freqüència relativa sobre el total de la fila

6.1.4. LA PERCEPCIÓ DE PERILLOSITAT DEL CONSUM D'ALCOHOL

En aquest apartat s'analitza la percepció de perillositat del consum d'alcohol per part dels participants en funció del gènere i l'estatus de consum: propi, del millor amic, del pare, de la mare, dels germans i de la parella. Seguidament, també s'examina aquesta variable en relació a l'edat d'inici al consum i al consum regular. Finalment, es relaciona la perillositat percebuda amb la magnitud de consum.

Objectiu: Analitzar la percepció de perillositat del consum d'alcohol dels participants de l'estudi en funció de l'estatus de consum propi, l'edat i el gènere.

Es demanava als estudiants universitaris que valoressin la perillositat percebuda del consum d'alcohol d'acord amb una escala tipus likert on: 1 = Gens perillós, 2 = Poc perillós, 3 = Perillositat mitjana, 4 = Bastant perillós i 5 = Molt perillós. La figura 6.1.4.1. mostra l'atribució de perillositat atorgada pels participants. Majoritàriament l'alcohol es valora amb una perillositat mitjana, malgrat una quarta part dels universitaris creu que aquesta substància és bastant perillosa, i un de cada deu li atorga la màxima perillositat. No obstant, al voltant de dos de cada deu joves valoren l'alcohol com a poc perillós, mentre que un 1.5% de la mostra creu que l'alcohol no és gens perillós.

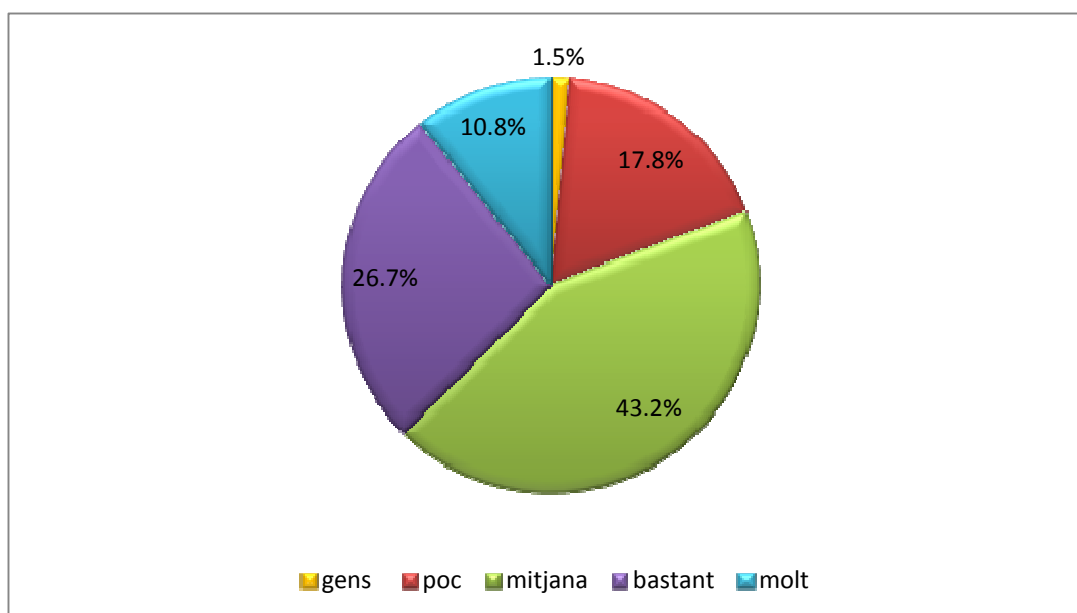


Figura 6.1.4.1.: Valoració de la perillositat del consum l'alcohol per part dels participants.

A la figura 6.1.4.2. es presenta la mitjana de perillositat percebuda pels joves en funció del gènere i l'edat. L'estudi del gènere en la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 4x2 (Edat x Gènere) assenyala que la percepció de perillositat difereix entre els nois i les noies de manera que són elles les que perceben a l'alcohol de forma més nociva ($F(1, 2,115) = 16.18, p < .0005$). Aquest mateix anàlisi també evidencia un increment de la perillositat percebuda a mesura que augmenta l'edat ($F(3, 2,115) = 27.59, p < .0005$) descobrint diferències en la prova Post-Hoc de Scheffé en totes les edats a excepció dels 25 - 29 i 30 o més ($-0.03, p = .996$) [una altra prova de la relació entre l'edat i la perillositat percebuda és una correlació positiva i significativa detectada en la prova de correlació de Spearman entre ambdues variables ($r_s = .2, p < .0005$)]. Per altra banda, no existeix efecte d'interacció entre les variables gènere i edat ($F(3, 2,115) = 0.18, p = .91$).

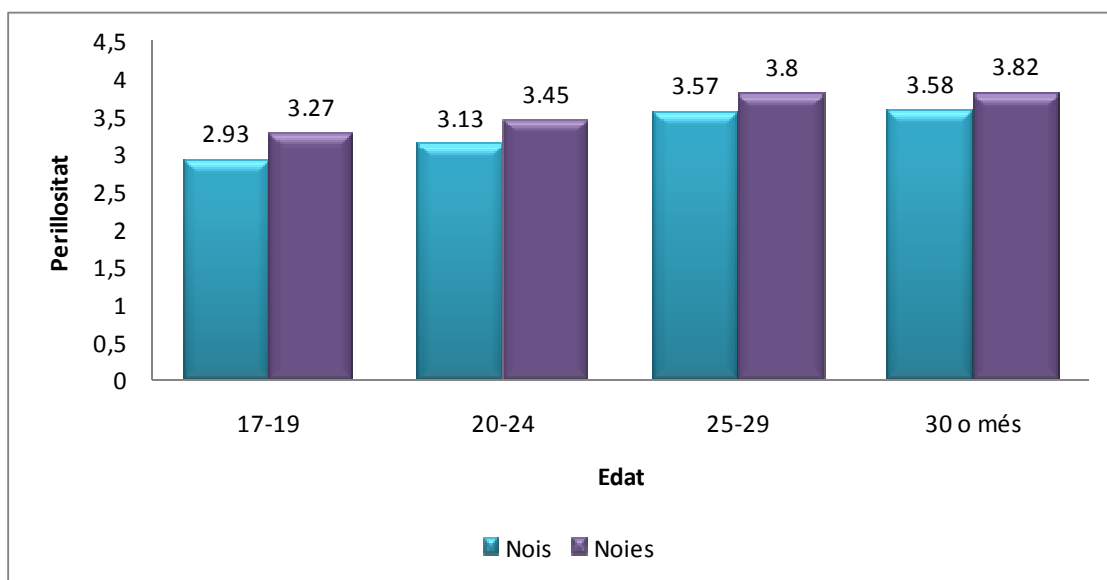


Figura 6.1.4.2.: Mitjana de perillositat percebuda del consum d'alcohol en funció del gènere i l'edat.

A la taula 6.1.4.1., es mostren els principals resultats en relació a la perillositat percebuda del consum d'alcohol en funció de l'estatus de consum actual i el gènere de les 1,738 persones que van contestar aquesta pregunta.

Taula 6.1.4.1.: Estadístics descriptius de la variable “Percepció de perillositat del consum d’alcohol” en funció de l’estatus de consum propi i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No consumidor	3.32 (0.92) 279	3.58 (0.84) 437	3.47 (0.88) 716
Exconsumidor	3.40 (0.7) 10	3.77 (0.83) 13	3.61 (0.78) 23
Consumidor	3.02 (0.96) 709	3.32 (0.89) 663	3.17 (0.94) 1,372
TOTAL	3.11 (0.95) 998	3.43 (0.88) 1,113	3.28 (0.93) 2,111

La perillositat mitjana atorgada a l'alcohol és de 3.28 ($DT = 0.93$), és a dir, és considerada per a la majoria de joves com una substància mitjanament perillosa, estimant-la més nociva les noies vista la significació de la variable gènere en la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum propi x Gènere) ($F(1, 2,105) = 5.71, p = .02$). Per la seva banda, en funció de la variable estatus de consum també s'observen diferències ($F(2, 2,105) = 22.09, p < .0005$) de manera que aquells que com a mitjana jutgen l'alcohol de forma més benigne són els que en consumeixen habitualment (3.17) existint diferències significatives amb els no consumidors (3.47) (Prova Scheffé = .31, $p < .0005$). Altrament, no es detecta efecte d'interacció entre els dos factors ($F(2, 2,105) = 0.14, p = .87$).

Objectiu: Analitzar la percepció de perillositat del consum d'alcohol dels participants de l'estudi en funció de l'estatus de consum de les persones més significatives del seu entorn (el millor amic, pare, mare, germans i parella) i el gènere.

Si es pren en consideració el nivell d'experimentació amb la substància per part del millor amic i el gènere per tal d'estudiar de nou la perillositat percebuda (taula 6.1.4.2.) no es detecten diferències entre els nois i les noies ($F(1, 2,018) = 0.09, p = .76$). Tanmateix, sí es presencien divergències en funció de l'estatus de consum de l'amic ($F(2, 2,018) = 11.45, p < .0005$), de

manera que quan el millor amic és no consumidor la substància es veu més perillosa que quan l'amic pren alcohol amb certa regularitat (Scheffé = 0.21, $p < .0005$). No es detecta efecte d'interacció entre les variables ($F(1, 2,018) = 1.17, p = .31$).

Taula 6.1.4.2.: Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum del millor amic i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DEL MILLOR AMIC	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No consumidor	3.25 (0.94) 273	3.52 (0.84) 402	3.41 (0.89) 675
Exconsumidor	4 (1) 7	3.57 (0.79) 7	3.79 (0.89) 14
Consumidor	3.05 (0.94) 672	3.35 (0.9) 663	3.2 (0.93) 14
TOTAL	3.11 (0.95) 952	3.42 (0.88) 1,072	3.27 (0.92) 2,024

A la taula 6.1.4.3. es presenten els estadístics descriptius de la variable percepció de perillositat del consum d'alcohol segons el gènere del participant i l'estatus de consum del pare.

La percepció de perillositat del consum d'alcohol no es diferencia segons l'estatus de consum del pare ($F(2, 1,732) = 1.12, p = .33$). No existeix efecte d'interacció d'aquest factor amb el gènere ($F(2, 1,732) = 1.13, p = .88$), si bé, tal i com s'ha fet esment amb anterioritat, s'observen diferències entre nois i noies ($F(1, 1,732) = 34.48, p < .0005$) essent ells qui consideren l'alcohol menys perillós.

Taula 6.1.4.3.: Estadístics descriptius de la variable “Percepció de perillositat del consum d’alcohol” en funció de l’estatus de consum del pare i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D’ALCOHOL DEL PARE	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No consumidor	3.15 (0.91) 213	3.44 (0.88) 320	3.33 (0.9) 533
Exconsumidor	3.09 (0.82) 100	3.42 (0.87) 103	3.26 (0.86) 203
Consumidor	3.06 (0.99) 499	3.39 (0.87) 503	3.22 (0.95) 1,002
TOTAL	3.09 (0.95) 812	3.41 (0.87) 926	3.26 (0.92) 1,738

Tot seguit s’estudia la relació entre el consum matern i la percepció de perillositat del consum d’alcohol i a tal efecte s’ha creat la taula 6.1.4.4. Els resultats de l’Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 (Estatus de consum de la mare x Gènere) determinen que els fills de mares consumidores tendeixen a percebre l’alcohol de forma menys perillosa que els fills de mares abstèmies ($F(2, 1,341) = 3.3, p = .04$; Scheffé = 0.15, $p = .02$), i són aquests últims els que menor perillositat atribueixen al consum d’alcohol. Aquest fet esdevé d’igual forma entre els nois i les noies atès que no existeix efecte d’interacció entre els factors ($F(2, 1,341) = 0.01, p = .98$). Sens perjudici d’això, són ells de nou els que més benignitat atorguen a la substància ($F(1, 1,341) = 17.76, p < .0005$).

Taula 6.1.4.4.: Estadístics descriptius de la variable “Percepció de perillositat del consum d’alcohol” en funció de l’estatus de consum de la mare i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D’ALCOHOL DE LA MARE	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No consumidora	3.19 (0.94) 231	3.47 (0.87) 355	3.36 (0.91) 586
Exconsumidora	3.1 (1) 67	3.35 (0.87) 65	3.23 (0.95) 132
Consumidora	3.06 (0.96) 283	3.34 (0.89) 346	3.21 (0.93) 629
TOTAL	3.12 (0.96) 581	3.4 (0.88) 766	3.28 (0.92) 1,347

Pel que respecta a la relació entre la percepció de perillositat i l’estatus de consum d’alcohol d’algun germà, s’estudien les dades dels 1,149 joves que van donar resposta a la pregunta en qüestió, a la taula 6.1.4.5.

Taula 6.1.4.5.: Estadístics descriptius de la variable “Percepció de perillositat del consum d’alcohol” en funció de l’estatus de consum d’algun germà i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D’ALCOHOL D’ALGUN GERMÀ	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No consumidor	3.5 (0.89) 105	3.5 (0.89) 232	3.5 (0.89) 337
Exconsumidor	2.9 (0.94) 31	3.67 (0.83) 36	3.31 (0.96) 67
Consumidor	3.12 (0.97) 353	3.4 (0.88) 392	3.27 (0.93) 745
TOTAL	3.19 (0.97) 489	3.45 (0.88) 660	3.34 (0.93) 1,149

Les dades mostren una major percepció de perillositat en aquells estudiants universitaris que tenen germans no consumidors, a diferència d'aquells que els seus germans consumeixen alcohol habitualment ($F(2, 1,143) = 7.41, p = .001$; Scheffé = 0.23, $p = .001$). Es detecta efecte d'interacció entre les variables estatus de consum d'algun germà i el gènere en la prova d'Anàlisi de la Variància del disseny factorial 3x2 ($F(2, 1,143) = 5.68, p = .004$) de forma que els nois amb germans consumidors avaluen l'alcohol amb major perillositat que els barons amb germans exconsumidors. Tanmateix, en el cas de les noies són les germanes d'exconsumidores les que major nocivitat li atribueixen. De forma genèrica, entre els universitaris que tenen germans, els nois de nou perceben menys perill en el consum d'alcohol que les noies ($F(1, 1,143) = 16.43, p < .0005$).

La taula 6.1.4.6. vincula l'estatus de consum de la parella i la percepció de perillositat del consum d'alcohol, de 971 joves.

Taula 6.1.4.6.: Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de l'estatus de consum de la parella i el gènere.

ESTATUS DE CONSUM D'ALCOHOL DE LA PARELLA	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No consumidor	3.25 (1.06) 92	3.49 (0.92) 218	3.42 (0.97) 310
Exconsumidor	3.07 (0.9) 28	3.42 (0.86) 38	3.27 (0.89) 66
Consumidor	3.14 (0.98) 230	3.37 (0.91) 365	3.28 (0.94) 595
TOTAL	3.17 (1) 350	3.41 (0.91) 621	3.32 (0.95) 971

L'estatus de consum de la parella no mostra connexió amb l'atribució de perillositat pròpia ($F(2, 965) = 1.31, p = .27$). Talment com ocorria en el cas de l'estatus de consum patern tampoc s'identifica efecte d'interacció entre els factors ($F(2, 965) = 0.12, p = .88$), malgrat sí existeix

efecte principal de la variable gènere a favor d'una major perillositat detectada entre les universitàries que tenen parella ($F(1, 965) = 8.77, p = .003$).

Objectiu: Relacionar la percepció de perillositat del consum d'alcohol i l'edat d'inici al consum, així com la d'inici al consum regular en nois i noies.

Els resultats que es mostren a la taula 6.1.4.7. analitzen l'associació entre la percepció de perillositat del consum d'alcohol i l'edat de primera experimentació amb el consum, així com l'edat d'inici al consum regular entre aquells que prenen alcohol habitualment, mitjançant l'estudi de les correlacions entre les variables esmentades. Les dades es presenten tant pel cas dels nois com de les noies.

Taula 6.1.4.7.: Correlació d'Spearman de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol", amb l'edat de primera experimentació amb l'alcohol i l'edat d'inici al consum regular, en nois i noies.

	GÈNERE	
	Nois	Noies
	r (p) N	r (p) N
Edat de primera experimentació amb l'alcohol	0.07 (.02) 956	0.12 (<.0005) 1,066
Edat d'inici al consum regular	0.1 (.01) 635	0.09 (.03) 568

De les dades es desprèn una relació positiva, poc intensa però estadísticament significativa, entre la percepció de perillositat i l'edat de primera experimentació. La mateixa associació es detecta amb l'edat d'inici al consum regular, tant en nois com en noies. En altres paraules, s'observa una tendència a l'augment de la percepció de perillositat a mesura que es va fent més tardana l'edat d'inici, tant en l'experimentació com en el consum regular d'alcohol.

Objectiu: Analitzar l'existència de diferències en la percepció de perillositat del consum d'alcohol en funció de la magnitud de consum entre aquells estudiants que es declaren consumidors de la substància segons el gènere.

Si observem els resultats presentats a la taula 6.1.4.8., els quals relacionen la percepció de perillositat del consum d'alcohol amb la magnitud de consum (si suposa o no un alt risc per a la salut) i el gènere, detectem que no existeixen diferències en la valoració de la perillositat en funció de si es realitzen consums d'alt risc per a la salut o no ($F(1, 1,323) = 3.13, p = .08$). Tampoc es detecta efecte d'interacció entre les variables ($F(1, 1,323) = 0.36, p = .55$) mentre que sí es descobreix de nou efecte principal de la variable gènere ($F(1, 1,323) = 29.17, p < .0005$).

Taula 6.1.4.8.: Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció del consum de risc segons el gènere en els consumidors d'alcohol.

MAGNITUD DE CONSUM	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
Baix risc	3.07 (0.99) 254	3.41 (0.89) 158	3.2 (0.97) 412
Alt risc	3.01 (0.93) 430	3.28 (0.9) 485	3.15 (0.92) 915
TOTAL	3.03 (0.95) 684	3.31 (0.9) 643	3.17 (0.94) 1,327

Tot seguit es replica l'anàlisi anterior tenint en compte, en aquesta ocasió, la percepció de perillositat entre els joves consumidors que realitzen, o no, consums massius i el gènere (taula 6.1.4.9.).

Taula 6.1.4.9.: Estadístics descriptius de la variable “Percepció de perillositat del consum d’alcohol” en funció del consum massiu segons el gènere en joves consumidors.

CONSUM MASSIU	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No	3.17 (0.99) 183	3.41 (0.88) 206	3.3 (0.94) 389
Sí	2.98 (0.93) 501	3.26 (0.9) 437	3.11 (0.93) 938
TOTAL	3.03 (0.95) 684	3.31 (0.9) 643	3.17 (0.94) 1,327

Els resultats de l’Anàlisi de la Variància del disseny factorial 2x2 (Consum massiu x Gènere) indiquen que aquells que van realitzar un consum massiu d’alcohol el darrer dia que en van prendre li atorguen menys perillositat que els que no ($F(1, 1,323) = 9.39, p = .002$). Aquest fet esdevé tant en nois com en noies ja que no existeix efecte d’interacció entre el gènere i el consum massiu ($F(1, 1,323) = 0.15, p = .7$). Les dades tornen a fer palès, en aquest col·lectiu, l’efecte del gènere ja comentat en l’avaluació de la perillositat del consum d’alcohol ($F(1, 1,323) = 21.59, p < .0005$).

A la taula 6.1.4.10 es pren en consideració la percepció de perillositat d’aquells que van realitzar un consum elevat (el que supera en dues desviacions típiques la mitjana d’UBE consumides en la darrera ocasió) o no.

Taula 6.1.4.10.: Estadístics descriptius de la variable "Percepció de perillositat del consum d'alcohol" en funció de la realització d'un consum elevat segons el gènere en els consumidors.

CONSUM ELEVAT	GÈNERE		TOTAL
	Nois	Noies	
	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N	Mitjana (DT) N
No	3.04 (0.95) 631	3.31 (0.9) 631	3.17 (0.94) 1,262
Si	2.92 (0.96) 53	3.58 (0.9) 12	3.05 (0.97) 65
TOTAL	3.03 (0.95) 684	3.31 (0.9) 643	3.17 (0.94) 1,327

A banda de descobrir l'efecte ja mencionat del gènere ($F(1, 1,323) = 9.39, p = .002$) en l'actual Anàlisi de la Variància del disseny factorial 2x2 (Consum elevat x Gènere) no s'observa efecte principal de la variable consum elevat ($F(1, 1,323) = 0.28, p = .6$) ni efecte d'interacció ($F(1, 1,323) = 1.73, p = .19$).

6.1.5. LES EXPECTATIVES D'AUTOEFICÀCIA PER NEGAR-SE AL CONSUM D'ALCOHOL

A continuació s'indaga la relació entre l'autoeficàcia percebuda per negar-se a consumir alcohol en funció de si s'està sol o acompanyat d'amics en el moment de l'ofertament d'alcohol. Aquesta variable s'explora prenent en consideració l'estatus de consum propi i el gènere.

Objectiu: Analitzar les expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol, diferenciant entre: nois i noies, consumidors i no consumidors i el fet d'estar sol o acompanyat en el moment de l'ofertament d'alcohol.

Es demanava als participants de l'estudi que valoressin del 0 al 10 el grau en que se sentirien capaços de negar-se davant un ofertament d'alcohol (0 equival a gens capaç i 10 a totalment capaç). Es diferenciaven dues situacions, l'una que es trobessin sols davant la persona que els feia l'ofertament, l'altra que estiguessin envoltats d'amics. Els principals resultats s'exposen a la taula 6.1.5.1.

Taula 6.1.5.1.: Estadístics descriptius de la variable “Expectatives d’autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol” (sol o acompanyat d’amics) en funció de l’estatus de consum propi i el gènere.

EXPECTATIVES D’AUTOEFICÀCIA PER NEGAR-SE A CONSUMIR ALCOHOL						
ESTATUS DE CONSUM	Sol			Acompanyat dels amics		
	Nois Mitjana (DT) N	Noies Mitjana (DT) N	TOTAL Mitjana (DT) N	Nois Mitjana (DT) N	Noies Mitjana (DT) N	TOTAL Mitjana (DT) N
No consumidor	7.92 (2.96) 276	8.04 (2.78) 431	7.99 (2.85) 707	7.74 (2.94) 276	8 (2.63) 431	7.9 (2.76) 707
Consumidor	6.77 (3.4) 701	7.32 (3.14) 656	7.04 (3.28) 1,357	6.66 (3.5) 701	7.23 (3.16) 656	6.94 (3.35) 1,357
Exconsumidor	7.5 (3.27) 10	8.38 (2.99) 13	8 (3.07) 23	7.10 (3.18) 10	8.92 (2.4) 13	8.13 (2.85) 23
TOTAL	7.1 (3.32) 987	7.61 (3.02) 1,100	7.37 (3.17) 2,087	6.97 (3.38) 987	7.55 (2.98) 1,100	7.28 (3.19) 2,087

L’expectativa mitjana de negació al consum d’alcohol estant sol davant la persona que l’ofereix és de 7.37 ($DT = 3.17$), essent lleugerament inferior quan s’està acompanyat d’amics ($M = 7.28$, $DT = 3.19$).

L’Anàlisi de la Variància del disseny mixte 2x2x2 (Situació x Estatus de consum x Gènere), on el primer factor és intrasubjecte i els altres dos intersubjecte, indica que no existeix interacció de tercer ordre ($F(2, 2,081) = 1.19$, $p = .3$). Al mateix temps tampoc existeix efecte de segon ordre entre la situació i el gènere ($F(1, 2,081) = 2.65$, $p = .1$), ni entre l’estatus de consum i el gènere ($F(2, 2,081) = 1.06$, $p = .35$), o entre la situació i l’estatus de consum ($F(2, 2,081) = 0.15$, $p = .86$).

Per altra banda, de les variables analitzades en relació a les expectatives d’autoeficàcia únicament es detecta efecte de l’estatus de consum ($F(1, 2,081) = 21.46$, $p < .0005$), de manera que els universitaris consumidors són els que manifesten un nivell d’expectatives d’autoeficàcia més baix, en comparació amb els no consumidors i exconsumidors. Aquest fet es dona tant en la situació d’estar sol com acompanyat d’amics, ja que aquesta variable no mostra associació amb les expectatives relatades ($F(1, 2,081) = 0.18$, $p = .67$). Per la seva banda, tampoc es detecta efecte principal del gènere en l’anàlisi realitzat ($F(1, 2,081) = 2.57$, $p = .11$).

6.1.6. L'EXPERIÈNCIA VICÀRIA SOBRE LES CONSEQÜÈNCIES NEGATIVES CONEGUDES DEL CONSUM D'ALCOHOL

Tot seguit s'examinen les vivències de malaltia o mort vinculades al consum d'alcohol experimentades per persones pròximes als joves, en relació a l'estatus de consum propi. Finalment es detallen els casos en què l'alcohol s'al·ludeix com a droga causant de problemes de salut en relació al gènere, la malaltia soferta i la relació amb la persona afectada.

Objectiu: Relacionar l'estatus de consum dels participants amb l'experiència vicària negativa coneguda sobre el consum d'alcohol en persones pròximes a ells, entre els nois i les noies.

En preguntar als estudiants sobre el coneixement d'alguna persona que hagués patit problemes de salut com a conseqüència del consum de drogues, un 44.91% va afirmar conèixer alguna persona afectada. En un 13% d'aquests casos es va informar de l'alcohol com a la droga causant de la patologia soferta. A la taula 6.1.6.1. s'exposa la distribució dels joves segons l'estatus de consum i el fet de conèixer alguna persona afectada pel consum d'alcohol en nois i noies. Per tal de garantir el compliment de les condicions d'aplicació de la prova estadística khi-quadrat, quan es realitzen les anàlisis per separat per nois i noies, s'han agrupat els exconsumidors dins la categoria de no consumidors.

Taula 6.1.6.1.: Distribució dels joves segons l'estatus de consum i el fet de conèixer a algú que ha emmalaltit o mort per consum d'alcohol i per gènere.

GÈNERE	ESTATUS DE CONSUM	CONÈIXER ALGÚ QUE HA EMMALALTIT O MORT PER CONSUM D'ALCOHOL		$\chi^2(1)$ (p) N
		Sí	No	
NOIS	No consumidor	87 (31.5%)	189 (68.5%)	20.97 (<.0005) 991
	Consumidor	339 (48.1%)	366 (51.9%)	
	Exconsumidor	5 (50%)	5 (50%)	
NOIES	No consumidor	187 (43.1%)	247 (56.9%)	2.41 (.12) 1,098
	Consumidor	312 (47.9%)	339 (52.1%)	
	Exconsumidor	6 (46.2%)	7 (53.8%)	

Dels resultats se'n desprèn una associació entre l'estatus de consum actual i el fet de conèixer o no alguna persona amb conseqüències físiques negatives derivades del seu consum de substàncies ($\chi^2(2) = 16.44, p < .0005$) de manera que els consumidors i exconsumidors coneixen amb més freqüència algú que ha emmalaltit o mort per consumir alcohol. Aquest patró esdevé en el cas dels nois, malgrat no es compleix pel cas de les noies.

Objectiu: Analitzar les malalties sofertes pel consum d'alcohol en persones pròximes als participants de l'estudi.

A la taula 6.1.6.2., s'estudien les patologies i la freqüència de morts mencionades pels estudiants universitaris que tenien coneixement de persones amb problemes de salut com a conseqüència del consum d'alcohol. La malalties més citades són les que tenen a veure amb afectacions hepàtiques (39%), principalment la cirrosi (76.92%) i també altres disfuncions del fetge (23.08%), seguides del coma etílic (30%). Un 12% dels problemes relatats fan referència a persones que haurien mort a causa del consum d'alcohol.

Taula 6.1.6.2.: Malalties patides per la persona propera bevedora d'alcohol.

MALALTIA	N	%
Cirrosi o altres disfuncions hepàtiques	39	(39%)
Coma etílic	30	(30%)
Mort	12	(12%)
Càncer	10	(10%)
Diabetis	3	(3%)
Hepatitis	3	(3%)
Brot psicòtic	1	(1%)
Malaltia cardio-respiratòria	1	(1%)
Anorèxia	1	(1%)
TOTAL	100	(100%)

Objectiu: Conèixer el tipus de relació mantinguda entre els joves i les persones que havien patit conseqüències negatives sobre la salut derivades del consum d'alcohol.

L'anàlisi del parentiu entre els joves i les persones afectades es mostra a la taula 6.1.6.3, on s'hi detecta predominança d'amics en primer lloc (42.1%), coneguts en segon (30.8%) i de familiars en el darrer (27.1%).

Taula 6.1.6.3.: Tipus de relació amb la persona coneguda, malalta o morta, com a conseqüència del consum d'alcohol.

RELACIÓ	N	%
Amic	45	42.1
Conegut	33	30.8
Familiar	29	27.1
Total	107	100

6.1.7. MODELS PREDICTIUS DEL CONSUM D'ALCOHOL

Objectiu: creació d'un model predictiu del consum d'alcohol.

S'ha construït un model de regressió logística jeràrquica, mitjançant el mètode "introducir" del paquet estadístic SPSS 15.0, per predir el consum o no consum d'alcohol per part dels joves de la mostra. S'inclouen en primer lloc (bloc 1) les variables demogràfiques **gènere** i **edat**. En el segon bloc s'introdueixen les variables **edat de primera experimentació amb l'alcohol**, **consum d'alcohol del millor amic**, **consum d'alcohol per part del pare i de la mare**, **percepció de perillositat del consum d'alcohol**, **expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol sol o acompanyat**, i **conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues**. No s'han introduït en el model que es presenta les variables: consum d'alcohol per part d'algun germà ni consum per part de la parella degut a la pèrdua de 1,691 (79.1%) casos per l'anàlisi. Tanmateix, aquestes dues variables no mostraren significació estadística ($p = .22$ i $p = .44$ respectivament) quan es van incloure en el model. Tot i així, són 984 (46%) els casos perduts per no disposar d'una resposta en alguna o algunes de les variables analitzades.

La taula 6.1.7.1 mostra els resultats de l'anàlisi de regressió logística jeràrquica que prediu l'estatus de consum d'alcohol entre els estudiants universitaris. Entre les variables del primer bloc s'observa que **el gènere** és una variable rellevant en la predicció de l'estatus de consum dels joves ($p < .0005$), si bé no ho és l'edat. Si es controlen el gènere i l'edat, les variables que millor prediuen l'estatus de consum d'alcohol són: **l'edat de primera experimentació amb l'alcohol** ($p = .03$), **el consum d'alcohol del millor amic** ($p < .0005$) i **les expectatives d'autoeficàcia a negar-se a consumir alcohol sol** ($p = .02$). No fan una contribució significativa en el model: la percepció de perillositat, les expectatives per negar-se a consumir estant acompanyat, conèixer algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues, el consum d'alcohol del pare i el consum d'alcohol de la mare.

La variabilitat explicada pel model és d'un 49.9% segons l'índex de Nagelkerke. Els joves consumidors es classifiquen millor (89.7%) que els no consumidors (73%), essent el percentatge total d'universitaris ben classificats del 84.8%.

Taula 6.1.7.1: Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum dels joves (n = 1,153).

BLOC	VARIABLE	χ^2 DEL MODEL	% BEN CLASSIFICAT	B	WAL D	P	O.R.	IC 95%
1	Gènere	16.93 (p < .0005)	70.8	0.54	16.22	< .0005	1.72	1.32- 2.24
1	Edat			-0.01	0.27	.6	0.99	0.94- 1.03
2	Edat de primera experimentació amb l'alcohol	479.36 (p < .0005)	84.8	-0.11	4.61	.03	0.89	0.8-0.99
2	Consum del millor amic			-3.15	322.3 7	< .0005	0.04	0.03- 0.06
2	Consum del pare			-0.41	2.85	.09	0.66	0.41- 1.07
2	Consum de la mare			-0.17	0.56	.45	0.85	0.55- 1.31
2	Percepció de perillositat			-0.14	1.97	.16	0.87	0.72- 1.06
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se sol			-0.13	5.47	.02	0.87	0.78- 0.99
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se acompanyat			0.02	0.16	.69	1.02	0.91- 1.15
2	Conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort pel consum de drogues			-0.002	<0.00 05	.99	1	0.71- 1.41

A la taula 6.1.7.2 es presenten les mitjanes (i desviacions típiques) o percentatges corresponents a les variables introduïdes en el model predictiu segons l'estatus de consum d'alcohol dels participants. S'observa que entre els joves consumidors hi predominen els nois, en comparació amb el grup de no consumidors. A més, els consumidors van tastar l'alcohol per primer cop uns sis mesos abans que els no consumidors. Entre els joves consumidors, quasi 9 de cada 10 tenen millors amics també consumidors i només es dóna aquesta situació en 1 de cada 4 no consumidors. Per altra banda, els universitaris consumidors mostren menys expectatives d'autoeficàcia que els no consumidors per negar-se a consumir alcohol quan estan sols amb la persona que els fa l'ofertament.

Taula 6.1.7.2: Comparació entre els joves no consumidors i els consumidors segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística.

VARIABLE	ESTATUS DE CONSUM	
	No consumidor	Consumidor
Gènere (% de nois)	39% n=280	51.6% n=721
Edat	21.02 (3.23) n=718	21.04 (3.05) n=1,400
Edat de primera experimentació amb l'alcohol	15.08 (1.84) n=639	14.47 (1.84) n=1,385
Consum d'alcohol del millor amic (% consumidor)	25.9% n=176	87.4% n=1,177
Consum d'alcohol del pare (% consumidors)	59.5% n=330	74.2% n=875
Consum d'alcohol de la mare (% consumidores)	47.4% n=198	60.6% n=563
Percepció de perillositat del consum d'alcohol	3.47 (0.88) n=716	3.17 (0.94) n=1,398
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (sol)	8 (2.85) n=709	7.04 (3.28) n=1386
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (acompanyat)	7.89 (2.76) n=709	6.96 (3.34) n=1,383
Conèixer a algú que ha emmalaltit o mort pel consum de drogues (% d'universitaris que coneixen algú afectat)	38.6% n=274	47.9% n=662

Objectiu: elaboració d'un model predictiu del consum d'alcohol considerat d'alt risc per a la salut (més de 4 UBE en nois i més de 2.4 UBE en noies), entre els consumidors habituals d'aquesta substància.

S'ha construït un model de regressió logística jeràrquica, mitjançant el mètode "introduir" del paquet estadístic SPSS 15.0, per predir el consum d'alt o baix risc per a la salut entre els joves consumidors de la mostra. S'inclouen en primer lloc (bloc 1) les variables demogràfiques **gènere** i **edat**. En el segon bloc s'introdueixen les variables **edat de primera experimentació amb l'alcohol**, **edat d'inici al consum regular**, **consum d'alcohol del millor amic**, **consum d'alcohol per part del pare i de la mare**, **percepció de perillositat del consum d'alcohol**, **expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol sol i acompanyat**, i **conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues**. No s'han introduït en el model que es presenta les variables: consum d'alcohol per part d'algun germà ni consum per part de la parella degut a la pèrdua de 1,051 casos per l'anàlisi (76.3%). Tanmateix, aquestes dues variables no mostraren significació estadística quan es van incloure en el model ($p = .24$ i $p = .47$ respectivament). Tot i així, són 706 (51.3%) els casos perduts per no disposar d'una resposta en alguna o algunes de les variables analitzades.

La taula 6.1.7.3. mostra els resultats de l'anàlisi de regressió logística jeràrquica que prediu l'estatus de consum d'alcohol d'alt risc entre els estudiants universitaris. Entre les variables del primer bloc s'observa que **el gènere** és una variable rellevant en la predicció del consum de risc per a la salut dels universitaris ($p < .0005$), així com ho és **l'edat** ($p < .0005$). Si es controlen el gènere i l'edat, la variable que millor prediu l'estatus de consum d'alcohol d'alt o baix risc és: **el consum d'alcohol del pare** ($p = .02$). No fan una aportació significativa al model: la percepció de perillositat, l'edat d'inici al consum d'alcohol, l'edat d'inici al consum regular, les expectatives de negar-se a consumir estant sol o bé acompanyat, conèixer algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues, el consum del millor amic i el consum de la mare.

La variabilitat explicada pel model és del 11.8% segons l'índex de Nagelkerke. Els joves consumidors d'alt risc es classifiquen molt bé (95.4%) però no els de baix risc (13.2%), essent el percentatge total de joves ben classificats del 72.1%.

Taula 6.1.7.3.: Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum d'alt risc dels joves (n = 671).

BLOC	VARIABLE	χ^2 DEL MODEL	% BEN CLASSIFICAT	B	WALD	P	O.R.	IC 95%
1	Gènere	45.07	72.9	-0.78	18.51	< .0005	0.46	0.32-0.65
1	Edat	(p < .0005)		-0.14	23.11	< .0005	0.87	0.83-0.92
2	Edat de primera experimentació amb l'alcohol	57.72	72.1	0.05	0.88	.35	1.05	0.94-1.17
2	Edat d'inici al consum regular d'alcohol	(p < .0005)		-0.08	1.74	.19	0.93	0.83-1.04
2	Consum del millor amic			-0.05	0.03	.87	0.95	0.52-1.75
2	Consum del pare			-0.68	5.79	.02	1.98	1.13-3.45
2	Consum de la mare			-0.2	1.86	.17	0.74	0.48-1.14
2	Percepció de perillositat			-0.05	0.27	.6	0.95	0.79-1.15
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se sol			-0.05	0.65	.42	0.95	0.85-1.07
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se acompanyat			-0.01	0.02	.88	0.99	0.89-1.11
2	Conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort pel consum de drogues			-0.17	0.86	.35	0.84	0.6-1.21

A la taula 6.1.7.4. es presenten les mitjanes (i desviacions típiques) o percentatges corresponents a les variables introduïdes en el model predictiu segons l'estatus de consum d'alt o baix risc dels participants. S'observa que entre els joves amb consums d'alt risc hi predominen les noies. Els universitaris amb consums d'alt risc són d'un any més joves que els que el darrer dia van efectuar un consum de baix risc (1.37 anys), així com tenen amb més freqüència un pare no consumidor.

Taula 6.1.7.4.: Comparació entre els joves que el darrer dia realitzaren un consum d'alt risc per a la salut i els que no segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística.

VARIABLE	RISC PER A LA SALUT	
	Baix risc	Alt risc
Gènere (% de nois)	61.7 n=254	47 n=431
Edat	21.98 (3.62) n=412	20.61 (2.65) n=915
Edat de primera experimentació amb l'alcohol	14.56 (2.1) n=408	14.40 (1.74) n=907
Edat d'inici al consum regular d'alcohol	17.02 (2) n=318	16.51 (1.59) n=765
Consum d'alcohol del millor amic (% consumidor)	85.9 n=323	90.3 n=800
Consum d'alcohol del pare (% consumidors)	77.5 n=276	71 n=557
Consum d'alcohol de la mare (% consumidoras)	56.2 n=164	57.5 n=371
Percepció de perillositat del consum d'alcohol	3.2 (0.97) n=412	3.15 (0.92) n=915
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (sol)	7.47 (3.1) n=405	6.83 (3.36) n=911
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (acompanyat)	7.38 (3.17) n=404	6.74 (3.42) n=909
Conèixer a algú que ha emmalaltit o mort pel consum de drogues (% d'universitaris que coneixen algú afectat)	50.2 n=204	47.5 n=430

Objectiu: elaboració d'un model predictiu del consum massiu d'alcohol (a partir de 6 UBE en una única ocasió en nois i 4 en noies), entre els consumidors habituals d'aquesta substància.

S'ha construït un model de regressió logística jeràrquica, mitjançant el mètode "introducir" del paquet estadístic SPSS 15.0, per predir el consum massiu d'alcohol entre els joves consumidors de la mostra. S'inclouen en primer lloc (bloc 1) les variables demogràfiques **gènere** i **edat**. En el segon bloc s'introdueixen les variables **edat de primera experimentació amb l'alcohol**, **edat d'inici al consum regular**, **consum d'alcohol del millor amic**, **consum d'alcohol per part del pare i de la mare**, **percepció de perillositat del consum d'alcohol**, **expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol sol i acompanyat**, i **conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues**. No s'han introduït en el model que es presenta les variables: consum d'alcohol per part d'algun germà ni consum per part de la parella degut a la pèrdua de 1,051 casos per l'anàlisi (76.3%). Tanmateix, aquestes dues variables no mostraren significació estadística quan es van incloure en el model ($p = .12$ i $p = .79$ respectivament). Tot i així, són 706 (51.3%) els casos perduts per no disposar d'una resposta en alguna o algunes de les variables analitzades.

La taula 6.1.7.5. mostra els resultats de l'anàlisi de regressió logística jeràrquica que prediu l'estatus de consum d'alcohol massiu entre els estudiants universitaris. Entre les variables del primer bloc s'observa que el gènere no és una variable rellevant en la predicció del consum massiu dels universitaris ($p = .9$), si bé sí que ho és l'**edat** ($p < .0005$). Si es controlen el gènere i l'edat, les variables que millor prediuen el consum massiu d'alcohol són: l'**edat d'inici al consum regular d'alcohol** ($p = .04$), i el **consum d'alcohol del pare** ($p = .03$). No fan una contribució significativa en el model: l'edat d'inici al consum d'alcohol, la percepció de perillositat, les expectatives per negar-se a consumir estant sol o bé acompanyat, conèixer algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues, el consum de la mare i el consum del millor amic.

La variabilitat explicada pel model és del 7.9% segons l'índex de Nagelkerke. Els joves que van realitzar un consum massiu el darrer dia de consum es classifiquen molt bé (98.2%) però no els de l'altre grup (8%), essent el percentatge total de joves ben classificats del 74.7%.

Taula 6.1.7.5.: Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum massiu dels joves (n = 1,011).

BLOC	VARIABLE	χ^2 DEL MODEL	% BEN CLASSIFICAT	B	WALD	P	O.R.	IC 95%
1	Gènere	20.64	72.9	-0.02	0.02	.9	0.98	0.69-1.39
1	Edat	(p < .0005)		-0.13	20.37	< .0005	0.88	0.83-0.93
2	Edat de primera experimentació amb l'alcohol	37.37	74.7	0.08	1.9	.17	1.08	0.97-1.21
2	Edat d'inici al consum regular d'alcohol	(p < .0005)		-0.12	4.33	.04	0.88	0.79-0.99
2	Consum del millor amic			-0.28	0.88	.35	0.75	0.41-1.37
2	Consum del pare			0.6	4.47	.03	1.83	1.04-3.2
2	Consum de la mare			-0.2	0.81	.37	0.82	0.52-1.27
2	Percepció de perillositat			-0.06	0.38	.54	0.94	0.78-1.14
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se sol			-0.05	0.64	.42	0.95	0.85-1.07
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se acompanyat			-0.03	0.21	.64	0.97	0.87-1.09
2	Conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort pel consum de drogues			-0.02	0.02	.9	1.02	0.71-1.47

A la taula 6.1.7.6. es presenten les mitjanes (i desviacions típiques) o percentatges corresponents a les variables introduïdes en el model predictiu segons la realització d'un consum massiu el darrer dia en que van prendre alcohol. S'observa que aquells que van realitzar un consum massiu són com a mitjana un any i quatre mesos més joves que aquells que no ho van fer. Per altra banda, els *binge drinkers* van iniciar-se al consum regular d'aquesta substància mig any abans que aquells que no van fer un consum massiu. Finalment, els que van consumir de forma massiva tenen, en major proporció, un pare no consumidor.

Taula 6.1.7.6.: Comparació entre els joves que el darrer dia realitzaren un consum massiu i els que no segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística.

VARIABLE	DARRER CONSUM	
	No consum massiu	Consum massiu
Gènere (% de nois)	47 n=183	53.4 n=502
Edat	22 (3.5) n=389	20.63 (2.75) n=943
Edat de primera experimentació amb l'alcohol	14.58 (2.07) n=383	14.40 (1.75) n=935
Edat d'inici al consum regular d'alcohol	17.08 (2.03) n=289	16.5 (1.59) n=795
Consum d'alcohol del millor amic (% consumidor)	84.6 n=301	90.8 n=825
Consum d'alcohol del pare (% consumidors)	76.2 n=256	71.6 n=578
Consum d'alcohol de la mare (% consumidoras)	55.8 n=159	57.4 n=376
Percepció de perillositat del consum d'alcohol	3.3 (0.94) n=389	3.11 (0.93) n=941
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (sol)	7.54 (3.11) n=382	6.82 (3.34) n=937
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (acompanyat)	7.49 (3.16) n=381	6.71 (3.4) n=935
Conèixer a algú que ha emmalaltit o mort pel consum de drogues (% d'universitaris que coneixen algú afectat)	49.2 n=189	47.8 n=445

Objectiu: elaboració d'un model predictiu del consum elevat d'alcohol (el que supera en dues desviacions típiques la mitjana d'UBE ingerides el darrer dia) entre els consumidors habituals d'aquesta substància.

S'ha construït un model de regressió logística jeràrquica, mitjançant el mètode "introduir" del paquet estadístic SPSS 15.0, per predir el consum elevat d'alcohol entre els joves consumidors de la mostra. S'inclouen en primer lloc (bloc 1) les variables demogràfiques **gènere** i **edat**. En el segon bloc s'introdueixen les variables **edat de primera experimentació amb l'alcohol**, **edat d'inici al consum regular**, **consum d'alcohol del millor amic**, **consum d'alcohol per part del pare** i **de la mare**, **percepció de perillositat del consum d'alcohol**, **expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol sol i acompanyat**, i **conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues**. No s'han introduït les variables: consum d'alcohol per part d'algun germà ni consum per part de la parella en el model que es presenta degut a la pèrdua de 1,051 casos per l'anàlisi (76.3%). Tanmateix, aquestes dues variables no mostraven significació estadística quan es van incloure en el model ($p = .997$ i $p = .66$ respectivament). Tot i així, són 706 (51.3%) els casos perduts per no disposar d'una resposta en alguna o algunes de les variables analitzades.

La taula 6.1.7.7. mostra els resultats de l'anàlisi de regressió logística jeràrquica que prediu l'estatus de consum elevat d'alcohol entre els estudiants universitaris. Entre les variables del primer bloc s'observa que **el gènere** és una variable rellevant en la predicció del consum de risc per a la salut dels universitaris ($p = .001$), així com ho és **l'edat** ($p = .01$), essent aquestes les variables amb poder predictiu del consum elevat d'alcohol, juntament amb el fet de **conèixer algú que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues** ($p = .047$). Per tant, no fan una contribució significativa en el model: l'edat d'inici al consum d'alcohol, l'edat d'inici al consum regular, la percepció de perillositat, les expectatives per negar-se a consumir estant sol o bé acompanyat, el consum del pare, el consum de la mare i el consum del millor amic.

La variabilitat explicada pel model és del 15.4% segons l'índex de Nagelkerke. Tots els joves que van realitzar un consum elevat el darrer dia de consum es classifiquen correctament (100%), però no es classifica bé cap dels que no ho van fer (0%), essent el percentatge total de joves ben classificats del 95.4%.

Taula 6.1.7.7.: Resultats de la Regressió logística jeràrquica (mètode "introducir") per predir l'estatus de consum elevat d'alcohol dels joves (n = 1,011).

BLOC	VARIABLE	χ^2 DEL MODEL	% BEN CLASSIFICAT	B	WALD	P	O.R.	IC 95%
1	Gènere	21.14	95.4	1.51	10.69	.001	4.55	1.83-11.29
1	Edat	(p < .0005)		-0.24	6.73	.01	0.79	0.66-0.94
2	Edat de primera experimentació amb l'alcohol	32.97 (.001)	95.4	-0.07	0.39	.53	0.94	0.76-1.15
2	Edat d'inici al consum regular d'alcohol			-0.06	0.15	.7	0.94	0.7-1.27
2	Consum del millor amic			-1.36	-1.67	.2	0.26	0.03-2.02
2	Consum del pare			-0.53	0.71	.4	0.59	0.17-2.02
2	Consum de la mare			0.29	0.43	.51	1.34	0.56-3.24
2	Percepció de perillositat			0.32	2.48	.12	1.38	0.92-2.06
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se sol			-0.03	0.07	.79	0.97	0.77-1.22
2	Expectatives d'autoeficàcia per negar-se acompanyat			-0.02	0.03	.85	0.98	0.78-1.22
2	Conèixer a algú que hagi emmalaltit o mort pel consum de drogues			0.81	3.93	.047	2.25	1-5.02

A la taula 6.1.7.8. es presenten les mitjanes (i desviacions típiques) o percentatges corresponents a les variables introduïdes en el model predictiu segons l'estatus de consum elevat d'alcohol dels participants. S'observa que 8 de cada 10 joves que el darrer dia van realitzar un consum elevat són nois. Els universitaris amb consums elevats són com a mitjana un any més joves que aquells amb consums més moderats i proporcionalment més d'ells coneixen persones que han emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de substàncies.

Taula 6.1.7.8.: Comparació entre els joves que el darrer dia realitzaren un consum elevat d'alcohol i els que no segons les variables introduïdes en el Model de Regressió Logística.

VARIABLE	TIPUS DE CONSUM	
	No consum elevat	Consum elevat
Gènere (% de nois)	50 n=632	81.5 n=53
Edat	21.09 (3.08) n=1,267	19.92 (2.09) n=65
Edat de primera experimentació amb l'alcohol	14.48 (1.84) n=1,254	13.88 (2) n=64
Edat d'inici al consum regular d'alcohol	16.69 (1.74) n=1,023	16.16 (1.6) n=61
Consum d'alcohol del millor amic (% consumidor)	88.6 n=1,067	96.7 n=59
Consum d'alcohol del pare (% consumidors)	72.7 n=790	77.2 n=44
Consum d'alcohol de la mare (% consumidoras)	56.9 n=512	57.5 n=23
Percepció de perillositat del consum d'alcohol	3.17 (0.94) n=1,265	3.05 (0.97) n=65
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (sol)	7.07 (3.27) n=1,256	6.17 (3.57) n=63
Expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol (acompanyat)	6.97 (3.34) n=1,253	6.22 (3.61) n=63
Conèixer a algú que ha emmalaltit o mort pel consum de drogues (% d'universitaris que coneixen algú afectat)	47.7 n=596	58.5 n=38

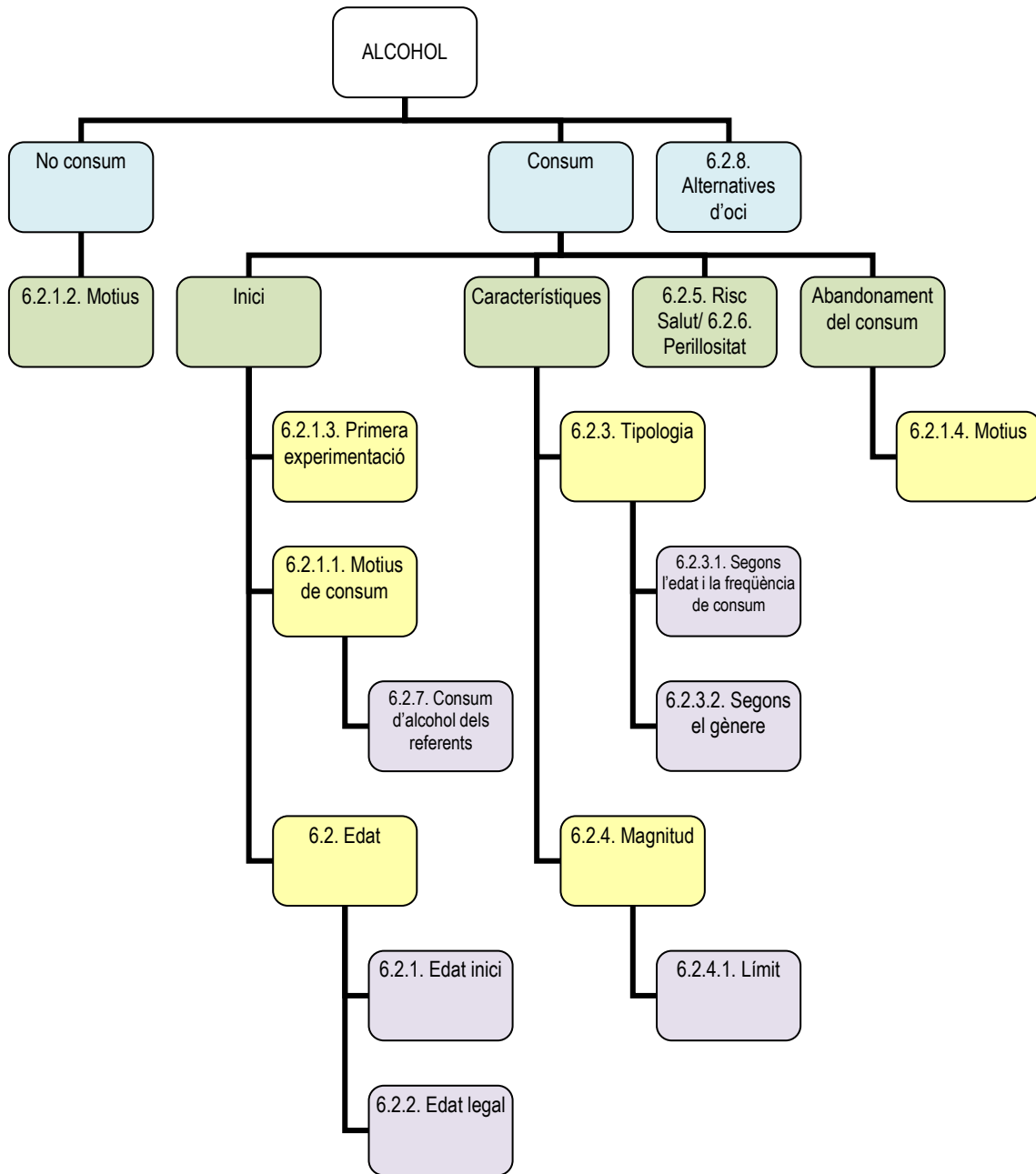
6.2. RESULTAS DE LA FASE QUALITATIVA

A continuació es presenten les principals categories i subcategories detectades a partir de l'anàlisi de la informació obtinguda mitjançant el desenvolupament dels grups focals.

Les categories s'exposen per a cada temàtica de la següent forma: en primer lloc presentem, en forma de diagrama, les categories i subcategories identificades en cadascun dels tònics debatuts en els grups focals. A continuació definim cada categoria i subcategoria a partir de l'anàlisi dels punts de vista i experiències dels participants. Finalment, exposem el significat de cadascuna de les categories i subcategories amb alguns exemples literals de comentaris dels participants.

Les temàtiques analitzades es resumeixen sota el següent esquema:

Esquema 6.2.1.: Resum i classificació de les temàtiques tractades en els grups focals.



6.2.1. Motius per consumir o no consumir alcohol

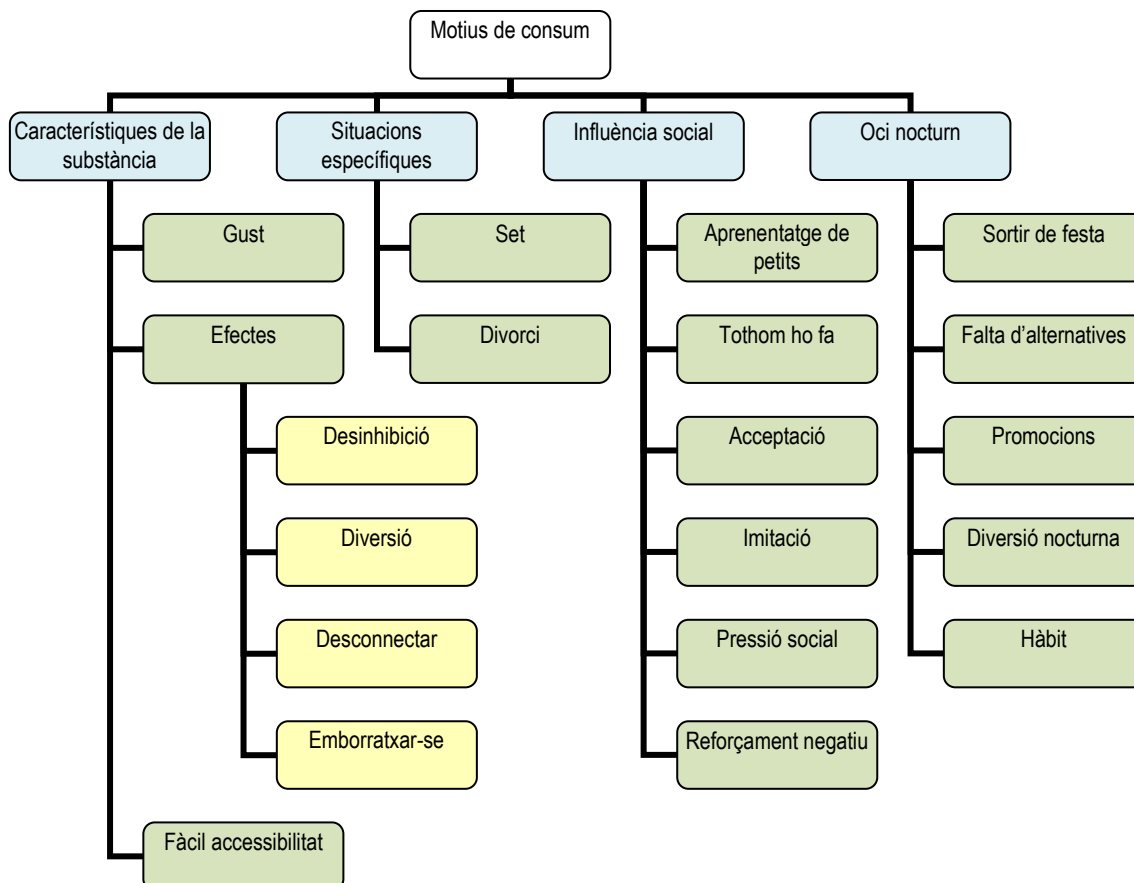
6.2.1.1. Motius de consum

Per tal d'explorar els motius de consum d'alcohol es va facilitar als participants una dada vinculada a la prevalença del consum d'alcohol detectada en la fase I de l'estudi. A partir d'aquí es va demanar als membres del grup focal que esmentessin els principals motius de consum d'alcohol. La instrucció concreta oferta als participants fou:

La majoria dels estudiants universitaris d'entre 18 i 35 anys consumeixen alcohol, concretament, el 65% en pren habitualment. Per què creieu que la gent consumeix alcohol, és a dir, per quins motius penseu que a aquesta edat es beu alcohol de manera més o menys regular?

Les respostes obtingudes pels participants es presenten a l'esquema 6.2.1.1.1.

Esquema 6.2.1.1.1.: Motius de consum.



En l'anàlisi dels motius de consum de l'alcohol, en primer lloc s'han agrupat les categories que fan referència a les *característiques de la substància*, a continuació s'han unit les explicacions que responien a *característiques personals*, tot seguit s'han tingut en compte els discursos en relació a la *influència social* i finalment han emergit un seguit de motius vinculats a *l'oci nocturn*.

Tot seguit es presenten en detall les categories i subcategories detectades en relació als motius de consum.

I. **Característiques de la substància**

Els comentaris identificats sota aquesta categoria fan referència a aspectes que deriven de característiques pròpies d'aquesta substància tals com:

- A. **Gust.** *Els joves comenten sovint que si prenen begudes alcohòliques és perquè els agrada el gust que aquestes tenen.*

Exemples:

- ④ Noia: "No tot m'agrada, quan bec un "cubata" és només allò perquè m'agrada i ja està i aquell dia dic: mira ara em ve bé però no surto amb la intenció de dir avui beuré, no. Surto i jo què sé, potser al cap de 2 o 3 hores que he sortit iestic allà de festa i dic: mira ara me ve bé. Com aquell qui, no sé, ara me ve bé menjar peix, doncs el mateix".
- ④ Noi: "Si et ve de gust prendre't "algo" t'ho prens pel gust... però no per arribar enlloc, si estàs content "pues" estàs content".
- ④ Noi: "Si bec una mica de vi és perquè m'agrada".
- ④ Noi: "Pel gust".

B. Efectes. *Aquesta categoria recull les opinions dels estudiants que afirmen que les persones prenen alcohol perquè els agrada experimentar els efectes que aquest produeix. Les reaccions esperades esmentades són:*

1. **Desinhibició.** S'inclouen tots aquells comentaris que guarden relació amb la cerca de l'alcohol per assolir un efecte de desinhibició que atenua la vergonya i facilita el fet de realitzar comportaments que sense l'alcohol costaria més que es produïssin.

Exemples:

- ① Noia: "Desinhibir-se, no, segurament? És una excusa per poder fer coses que en altres situacions no faries".
- ① Noi: "També et desinhibeix una mica i...".
- ① Noia: "És com si perdessis la vergonya, no?".

2. **Diversió.** Són molts els joves que atribueixen el principal motiu de consum d'alcohol al fet de passar-s'ho bé, és a dir, sovint s'estableix l'associació d'aquesta beguda amb una situació de diversió.

Exemples:

- ① Noia: "L'altre dia vaig beure i m'ho vaig passar molt bé, doncs clar potser ja agafes i acabes associant el que és el beure amb la diversió".
- ① Noia: "Jo penso que un dels motius ve, perquè m'ho ha dit bastanta gent eh..., que diu que si no beu no s'ho passa bé".
- ① Noia: "Però la majoria de la gent em diu que és perquè si no beu alcohol no s'ho passa bé. Perquè després et puja al cap i aquestes coses, no? Comences a fer el tonto i tal... jo ric molt, eh, amb la gent que va borratxa, si són amics meus eh... no me'n ric d'ells sinó que ric amb ells... diguem-ho així...".

3. **Desconnectar.** Alguns participants creuen que qui pren alcohol ho fa per desconnectar dels problemes o de la rutina de la setmana.

Exemple:

Ⓢ Noia: *“És una forma de desconnectar de tota la setmana i així surts, t'ho passes bé, l'alcohol et fa desconnectar de tots els problemes que puguis tenir”.*

4. **Emborratxar-se.** D'altres estudiants universitaris creuen que una de les raons per consumir aquesta substància és per assolir un estat d'embriaguesa.

Exemple:

Ⓢ Noia: *“És diferent un dissabte qualsevol que potser surts i fas una cervesa o un “cubata” o el dia que surts a emborratxar-te, que és molt diferent”.*

- C. **Fàcil accessibilitat.** Fa referència a l'explicació d'algun participant que manifesta que és fàcil que menors d'edat puguin accedir al consum d'alcohol, tot i la prohibició legal fins als 18 anys, i aquest motiu l'acosta al consum.

Exemple:

Ⓢ Noi: *“Influeix molt la fàcil accessibilitat de l'alcohol que en alguns “puestos” sí que et demanen l'edat i tal però per exemple a barraques o a festes majors hi ha “puestos” que un nen de 16, 15, 14 anys pot accedir a una cervesa, i això influeix bastant”.*

II. **Situacions específiques**

Les explicacions dels motius de consum d'alcohol descrites sota aquesta categoria guarden relació amb característiques individuals o situacions de les persones. Els participants en destacaren una en relació a un aspecte fisiològic com és la set, així com una altra de caire social com pot ser una situació de divorci.

- A. **Set.** Algun dels universitaris argumenta que pren alcohol quan té set.

Exemple:

Ⓢ Noi: *“Perquè tinc set”.*

- B. Divorci.** Algun dels estudiants creu que hi ha certs canvis socials en la vida de les persones, com una situació de divorci, que provoquen una transformació dels hàbits, apropant-los de nou a situacions de consum.

Exemple:

- Noia: *“Jo crec que això té molt a veure amb el canvi de societat que està experimentant la gent, perquè abans la gent era vella molt més aviat, ara la vida s'ha allargat en general i ara una persona de 40 anys pot ser jove i ara per exemple el divorci està ben vist... “bueno” que no es condemna ni res i hi ha persones que després d'estar X anys amb una rutina i una estabilitat de cop tornen a ser adolescents perquè de cop es divorcien i volen tornar a reviure tot allò que no havien pogut viure en aquell moment, per exemple, i té 45 anys i pues torna a sortir i torna a... perquè cada cop hi ha més locals per gent d'aquesta edat i... jo crec que cada cop això... es donarà més”.*

III. Influència Social

Les impressions establertes en aquesta categoria recauen en la concepció que l'entorn contribueix, i sovint indueix, al consum d'alcohol, ja sigui per imitació, per pressió, per un sentiment d'integració de grup, etc.

- A. Aprenentatge de petits.** Inclou les respostes dels participants que opinen que des de petits l'alcohol és present a l'entorn de les persones, fet que propicia l'aprenentatge del seu consum.

Exemples:

- Noi: *“Jo crec que és per una qüestió social, perquè ho veiem des de petits i em sembla que cada cop de més petits comencen, almenys és la impressió que tinc”.*
- Noi: *“Ho veiem de petits i si un 65% ho fa i els nens petits quan som més joves el que fem és imitar als més grans, si tothom ho fa tu també vols provar-ho, normalment la gent comença amb 15 i 16 anys a beure”.*
- Noi: *“L'alcohol és una cosa més comú i... és que l'alcohol és una cosa que vulguis o no ho has provat en família...”.*
- Noia: *“En celebracions... xampany...”.*

- Ⓢ Noia: *“Aniversaris i coses així, en canvi el tabac, això és diferent, perquè a casa, “bueno” no ho sé, però a casa teu en un sopar no et diran fuma... i clar, l'alcohol, és més comú a les festes”.*

B. Tothom ho fa. S'engloben en aquesta categoria les argumentacions que es corresponen amb la creença que si es pren alcohol és perquè la majoria de la gent ho fa.

Exemples:

- Ⓢ Noi: *“La gent no beu perquè... La majoria de gent no té ganes de beure o li agradaria, beu perquè ho fa tothom”.*
- Ⓢ Noi: *“El problema és perquè clar tu després surts al carrer i veus que tothom ho fa, clar no és tan dolent, perquè ho fa tothom...”*
- Ⓢ Noi: *“Quan has anat sense beure amb gent que beu, t'ho passes malament perquè ja canvia el rotllo, tu, les converses que tens al principi del sopar i com es va formant tota la dinàmica, si tu no beus... cada vegada t'estàs distanciant més i al final ja acabes buscant un altre rotllo i... no pots seguir el mateix rotllo d'una persona que va beguda d'una de no... jo ho he fet i ho dic per experiència és molt difícil...”*
- Ⓢ Noia: *“No que... que quan et passa això, la pròxima vegada sí que beus perquè clar... llavors beus perquè els altres també beuen”.*

C. Acceptació. Les respostes registrades sota aquesta categoria es troben vinculades amb la idea que prendre alcohol promou l'acceptació i la integració en el grup d'amics. En sentit contrari, aquelles persones que no en prenen podrien sentir-se'n excloses.

Exemples:

- Ⓢ Noia: *“Potser per acceptació social, potser a moltes persones no els agrada beure però per sentir-se acceptat a la majoria del grup d'amics, mira, beu i així se sent integrat, no també?”*
- Ⓢ Noi: *“Jo a vegades em ratlla perquè ets el bitxo “raro” si no beus alguna vegada”.*
- Ⓢ Noia: *“Pel sentit d'integrar-te”.*
- Ⓢ Noi: *“Pel sí del grup”.*

- D. Imitació.** Els judicis detallats a continuació es relacionen amb la idea que els amics o els llocs on es va ja es consumeix alcohol i aquest fet esdevé un instigador del consum, anima a beure alcohol.

Exemples:

- 🗣️ Noia: *"Perquè algú de la colla comença a beure"*.
- 🗣️ Noia: *"Al sopar mateix i els llocs on vas, ja es beu l'alcohol"*
- 🗣️ Noi: *"Perquè estic amb els col·legues..."*.

- E. Pressió social.** L'expressió referida a continuació té a veure amb frases incitadores dels amics que pressionen i empenyen al consum d'alcohol.

Exemple:

- 🗣️ Noia: *"Si no ja t'ho diuen: "va home va, beu tu també", inclús gent que saben que no beuen i els burxen "va home va" perquè els hi agrada beure... que bueno que si ho diuen els altres ho fan..."*.

- F. Reforçament negatiu.** Algun participant ofereix una explicació del consum d'alcohol vinculada a la idea que aquelles persones que no prenen alcohol sovint acaben cuidant d'aquells que beuen en excés. De manera que, a vegades s'opta per beure també begudes alcohòliques per tal de no haver de vetllar per ningú.

Exemple:

- 🗣️ Noia: *"I també passa molt que... moltes vegades la gent que no beu és la que ha d'acabar cuidant dels altres... vull dir això també acabes fart... vull dir... normalment quan vas amb un grup per exemple aquí a la Universitat, no? Que no són amics de tota la vida, és gent que coneixes i surts... sopars de classe, doncs sempre hi ha els típics que beuen molt i sempre hi ha els típics que han de cuidar als que beuen molt... i t'acabes afartant... perquè que fas o beus o no surts amb ells?... doncs acabes bevent, majoritàriament"*.

IV. Oci nocturn

Nombroses declaracions sobre les raons del consum d'alcohol guarden relació amb l'oci nocturn, és a dir, bàsicament en sortir de festa durant les nits dels caps de setmana o de dijous.

A. Sortir de festa. La categoria sortir de festa fa referència a la forta associació que existeix entre sortir de nit i prendre alcohol. Fins i tot hi ha qui no concep un fet sense l'altre.

Exemples:

- ☉ Noi: *"Perquè ens hem acostumat ja de ben joves a sortir, sortir de festa, fer alguna cervesa i és el que hem après, no?"*.
- ☉ Noia: *"Quan surts sempre demanes el "cubata" o així..."*.
- ☉ Noi: *"El problema de molta gent i m'hi incloc, és que no sap sortir sense beure. Això és un problema perquè s'hauria de poder sortir però jo no sé "lo" que és tampoc perquè és un hàbit que t'hi acostumes i "bueno"..."*.
- ☉ Noia: *"En sortir, "bueno"... som joves i quan surts beus, no? I més que tot és quan surts que beus"*.

B. Falta d'alternatives. Les opinions descrites en aquesta categoria s'articulen sota la idea que els joves no disposen d'alternatives d'oci diferents a sortir de festa.

Exemples:

- ☉ Noi: *"Que estan les coses muntades com per si surts has de beure és que sinó què fas, què vas a fer?"*.
- ☉ Noi: *"Quedes per fer una "birra", quedes per fer alguna cosa així, és que ja... està tot muntat per beure"*.
- ☉ Noia: *"També depèn de l'entorn, jo ho dic perquè per exemple sóc de Lloret i és diferent d'altres llocs... allà... moltes facilitats per la gent dels 15 o 16 què fas... ja surts de festa... i ho reconec, jo als 15 ja havia provat l'alcohol perquè "bueno" te'n vas a sopar i te'n vas a prendre "algo", no és com els pobles que la gent té cases i té... fan acampades,*

saps? Allà a Lloret doncs o surts o surts... clar, i també depèn del lloc on visquis i la manera de ser de la gent”.

C. Promocions. Les argumentacions que es mostren a continuació concorden amb la creença que els propis locals destinats a l'oci nocturn, tals com discoteques, tenen una política de funcionament o creen unes estratègies de màrqueting que en certa manera afavoreixen el consum.

Exemples:

☉ Noia: *“A les discoteques tu pagues 15 euros... i llavors dius, ja que pago 15 euros aprofito i me'ls gasto perquè... molta gent ho pensa, m'he gastat 15 euros per dues coca-coles... molta gent ho diu, no? m'he tingut de” gastar 15 euros doncs ja els gasto i “me” bec dos “cubates” o lo que sigui... les entrades ja és com si ja t'obliguessin... perquè “aviam”, si no t'obliguessin no pagaries 15 euros per una entrada, seria entrada lliure, però com que t'obliguen, no?”.*

☉ Noia: *“Jo quan vaig a una discoteca i 15 euros, és que et sents obligat perquè sinó penses 15 euros per dos coca-coles, m'estan estafant”.*

☉ Noia: *“És que ja t'inciten a més dels 2x1... però ja és com t'inciten perquè tu quan surts que fas?... vas a la discoteca o vas a un bar”.*

☉ Noia: *“Sí, els 2x1”.*

D. Diversió nocturna. Molts joves atorguen el principal motiu de consum d'alcohol al fet de passar-s'ho bé durant les nits vinculades a l'oci nocturn.

Exemples:

☉ Noi: *“El cap de setmana sí que és per anar... per anar-t'ho a passar bé”.*

☉ Noia: *“La gent consumeix per divertir-se” [es refereix a la nit].*

E. Hàbit. Els joves manifesten que sovint prenen alcohol perquè ja tenen aquest fet adquirit en forma d'hàbit.

Exemples:

☉ Noia: *“És un hàbit”.*

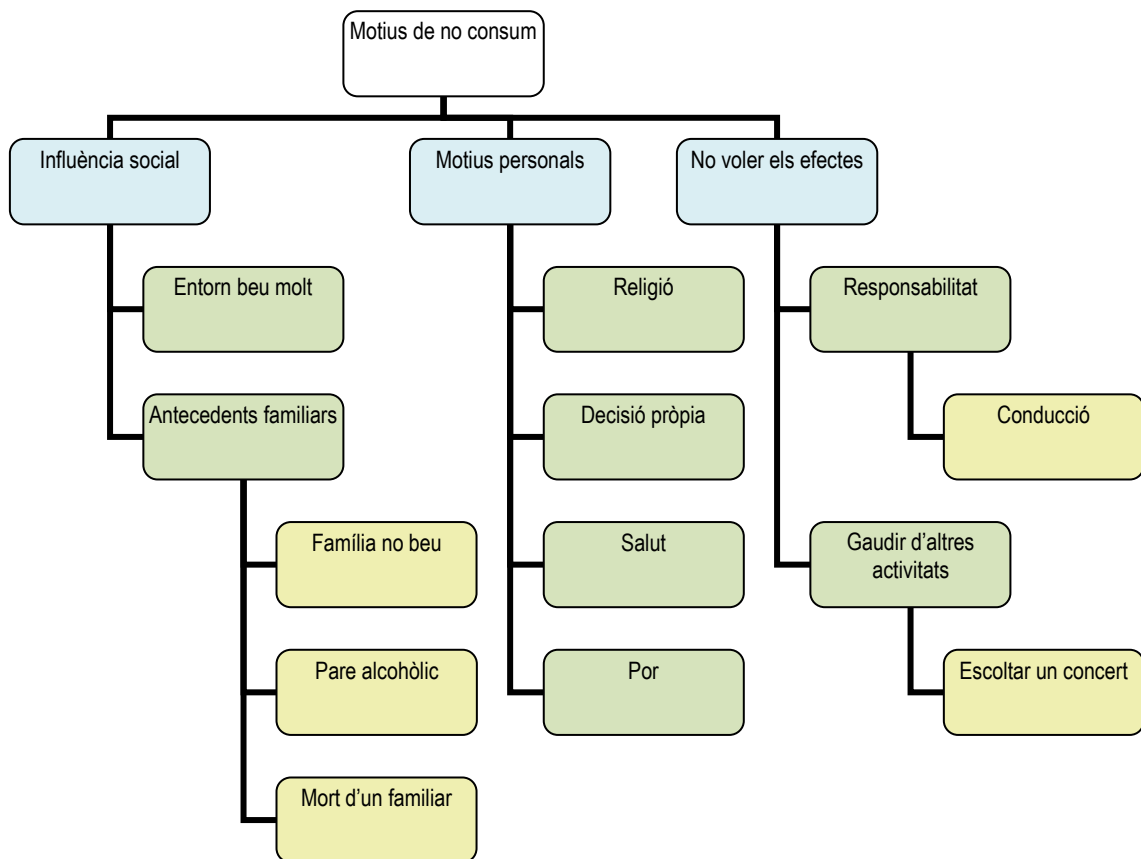
☉ Noi: *“És un hàbit que t'hi acostumes i “bueno”...”.*

6.2.1.2. Motius de no consum

En el sentit contrari, es va voler indagar pels motius que poden conduir a les persones a no consumir alcohol (esquema 6.2.1.2.1.), a tal efecte es va proporcionar als participants dels grups focals la dada en relació al percentatge de persones de l'estudi que mai havien provat aquesta substància:

A banda del 65% de consumidors hi ha un petit percentatge, 4%, de persones entre 18 i 35 anys que mai han provat l'alcohol, per què pensem que a aquesta edat poden haver-hi persones que mai l'hagin provat i que per tant no en consumeixin?

Esquema 6.2.1.2.1.: Motius per no consumir alcohol.



I. **Influència social**

Els raonaments registrats sota aquesta categoria es refereixen al poder que té l'observació o el judici que fem de l'entorn. En aquest sentit, serien susceptibles de crear un rebuig al consum d'alcohol o bé la inexistència de models bevedors, o bé les males experiències, viscudes o conegudes, amb l'alcohol com a agent causant.

A. **A l'entorn es beu molt.** S'han inclòs els exemples de persones que refusen l'alcohol atès que no volen esdevenir bevedors de grans quantitats d'alcohol tal i com ocorre al seu entorn.

Exemples:

☉ Noia: *"Perquè tenen al seu entorn gent que beu molt i no volen acabar com ells".*

☉ Noia: *"Jo tinc una amiga que... s'ajuntava abans amb... gent que bevia molt i ella fins molt tard no va provar l'alcohol per por a que li passés igual".*

B. **Antecedents familiars.** Es defineix com totes aquelles motivacions per no prendre alcohol que provenen de la història familiar, ja sigui perquè la família no beu alcohol i per tant no ha exercit de model a favor del consum o bé pel contrari aquesta ha servit de model d'experiència vicària negativa.

1. **Família no beu.** Els joves comenten que si la família d'origen no pren alcohol habitualment pot contribuir a no crear l'hàbit de consum en el fill.

Exemple:

☉ Noia: *"Potser... també és perquè la família realment no té costum, no sé".*

2. **Pare alcohòlic.** Algun dels participants creu que quan familiars directes han practicat consums problemàtics amb repercussions per a la família, aquest fet pot dissuadir d'iniciar-se en el consum d'alcohol.

Exemple:

- ☉ Noi: *“Un bon amic meu... el seu pare era un fort consumidor d'alcohol... i “bueno”, era una família que els maltractava a casa a la seva dona i a tots els fills, el seu pare els pegava i ell ho va associar molt a l'alcohol i en la seva vida ha provat una gota d'alcohol”.*

- 3. Mort d'un familiar.** Un nou argument per resistir-se al consum de begudes amb contingut alcohòlic pot ser viure de mà d'un familiar les pitjors conseqüències derivades del consum d'alcohol, com la malaltia i la mort.

Exemple:

- ☉ Noi: *“Per antecedents familiars, perquè un familiar s'havia mort amb la beguda, no dic que sigui tots els casos, però podria ser una causa”.*

II. Motius personals

Les expressions identificades a continuació enllacen amb tots aquells motius per no consumir que deriven d'experiències o motivacions personals, tals com una religió restrictiva, decisions pròpies, motius vinculats a la salut o bé un sentiment de temor cap aquesta substància.

- A. Religió.** Alguns universitaris argumenten que algunes persones de religió musulmana, la qual prohibeix explícitament el consum de substàncies alcohòliques, respecten aquesta convenció i per tant no prenen alcohol.

Exemple:

- ☉ Noi: *“Jo coneixia una noia que era musulmana i no havia provat mai l'alcohol i tenia 25 anys...”.*

- ☉ Noia: *“... és la teva cultura, la teva religió és com si ho prohibeix”.*

- B. Decisió pròpia.** Sota aquesta categoria s'inclouen les descripcions de no consum que guarden relació amb una opció i decisió personal.

Exemple:

- Noia: *“Potser simplement perquè no els hi ve de gust provar-lo, no?”*
- Noia: *“L'he provat alguna vegada i potser en tot l'any em bec quatre cubates i surto molt més sovint i moltes nits una aigua, una coca-cola i ja està perquè no m'atrau”*.
- Noia: *“A mi per exemple em passa amb el tabac, no? “pues” potser hi ha gent... no ho vull provar perquè potser...”*

- C. Salut.** Alguns joves opinen que patir o haver patit alguna malaltia amb la qual estigui totalment contraindicat el consum d'alcohol és un motiu de pes per no beure'n.

Exemples:

- Noia: *“Allò que tens convulsions... epilèpsia”*.
- Noia: *“... llavors ja no tens el costum i per més que llavors per la malaltia puguis beure jo què sé un “cubata” de tant en quan després com que ja no tenen l'hàbit ja no ho fan”*.

- D. Por.** Es recullen en aquesta categoria aquelles afirmacions que situen en la por per l'alcohol el no consum. Aquest sentiment pot esdevenir d'alguna interpretació personal o bé infós per la família.

Exemple:

- Noi: *“Jo penso que és perquè els hi fa molt de respecte potser”*.
- Noi: *“Per por”*.
- Noi: *“Potser els hi han inculcat des de la família una espècie de forat molt gros en aquest aspecte de que és molt greu i tot això i no ho han volgut provar mai, saps? i després clar a edats més avançades sí que ja no tenen aquesta necessitat de provar-ho per adaptar-se i aquestes coses, ja no ho necessiten”*.
- Noia: *“Potser és la por a enganxar-se”*.

III. **Evitació dels efectes distractors del consum d'alcohol**

Aquesta categoria fa referència a aquells raonaments que tenen a veure amb no consumir alcohol per a evitar els seus efectes, quan aquests podrien interferir amb alguna activitat que es desitja portar a terme tal com conduir, o bé quan es pretén gaudir d'un espectacle o concert.

A. Responsabilitat. En algunes ocasions els participants afirmen que hi ha activitats que esdevenen incompatibles amb el consum d'alcohol, així que no consumir-ne en aquests casos esdevé un exemple de responsabilitat.

1. **Conducció.** Un dels motius per no consumir alcohol és la necessitat de conduir un vehicle després d'haver pres begudes alcohòliques.

Exemple:

☉ Noia: *”Bueno” que cada vegada més la gent que condueix pensa no he de beure, perquè amb els meus amics qui condueix no beu”.*

☉ Noi: *”... toca agafar el cotxe o el que sigui i no beus”.*

B. Gaudir d'altres activitats. Un nou motiu per rebutjar el consum d'alcohol és el poder gaudir d'activitats plaents.

1. **Voler escoltar un concert.** Algun participant declara que voler escoltar un concert el dissuadeix de prendre alcohol.

Exemple:

☉ Noi: *”Quan vaig de concert vaig a escoltar un concert i... beus una cervesa o dues no gaire res, però quan vas de festa, almenys jo quan vaig de festa bec fins a rebentar... però ho diferencio molt entre anar de festa i anar de concert”.*

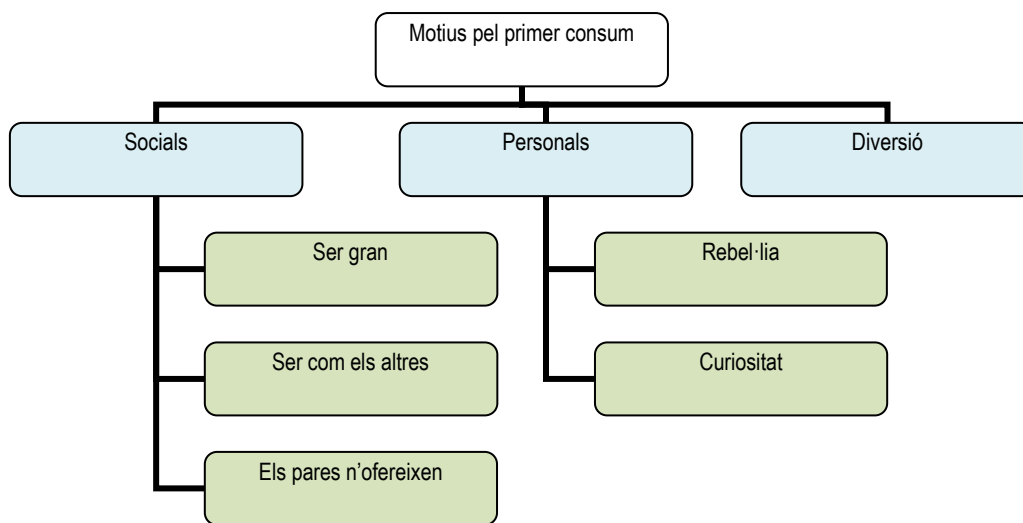
6.2.1.3. Motius de la primera experimentació

Un dels objectius d'aquesta segona fase de l'estudi fou explorar els motius de la primera experimentació amb l'alcohol, per aquesta raó es va demanar als subjectes:

Anem a parlar de quan es prova l'alcohol per primera vegada, per quins motius penseu que és?

A l'esquema 6.2.1.3.1. queden reflectits els principals motius que poden conduir a la primera experimentació amb l'alcohol, segons els participants del grups focals.

Esquema 6.2.1.3.1.: Motius pel primer consum d'alcohol.



I. **Socials**

Els comentaris descrits sota aquesta categoria es corresponen a motivacions per iniciar-se al consum d'alcohol vinculades al pes que tenen les altres persones, ja sigui perquè serveixen de referent a seguir, per voler semblar més grans, com també per oferiment de la substància, sobretot dins la llar.

- A. Ser gran.** S'han inclòs totes aquelles manifestacions que concorden amb la idea que els més joves associen el consum d'alcohol a un fet d'adults i per tant sovint hi ha qui s'inicia en el consum d'aquesta substància per aparentar una imatge més adulta o més astuta.

Exemples:

- ☉ Noia: *"... la primera vegada va ser... perquè els altres grans ho feien "pues" jo també vull provar-ho, jo també vull fer-ho, vull estar integrada amb aquests grans que són tan "guais", però no tothom eh..."*.
- ☉ Noia: *"Per voler ser més grans, passar de nen a adult"*.
- ☉ Noi: *"Qui és que no desitja tenir 18 i 17 anys per a poder fer el que un vol i quan no els tens intentes si més no acostar-t'hi, fent coses d'aquestes"*.
- ☉ Noi: *"Pel concepte que hi ha en general: espavilat és el que és més gran i és el que beu"*.
- ☉ Noi: *"La gent pensa en general... el més espavilat és el que té 12 anys i fa coses de 16, és el que beu, no?"*.

- B. Ser com els altres.** S'engloben les explicacions referides a la voluntat de no ser diferent de les altres persones que prenen alcohol. En aquest sentit, el primer contacte amb l'alcohol esdevindria per un procés d'imitació.

Exemples:

- ☉ Noi: *"Perquè surts i veus la gent "lo" que fa i vas a fer allò també. Clar, t'hi acabes com acostumat i "bueno" però fent "lo" mateix, no?"*.
- ☉ Noia: *"Jo admito que la primera vegada va ser per ser com els altres"*.
- ☉ Noia: *"Els "guiris" és "desmadren" total... i clar, la gent d'aquí ho veu i tendeix a fer el mateix que la gent que ve i es torna així..."*.

- C. Els pares n'ofereixen.** Els joves manifesten que sovint la primera experimentació amb l'alcohol esdevé dins el nucli familiar, a conseqüència d'un oferiment dels pares, atès que alguns adults jutgen aquest fet com a graciós.

Exemples:

- Ⓢ Noia: *“Potser va molt lligat al nucli familiar potser perquè normalment les primeres vegades que proves alcohol és amb la família una mica de cava o de vi”.*
- Ⓢ Noi: *“”Bueno”, jo almenys no sé quan vaig provar per primera vegada l'alcohol perquè això devia ser a casa meva, no? Des de petit jo què sé els pares doncs vinga fa gràcia, no? Et donen una mica de xampany o una mica de vi...”.*
- Ⓢ Noia: *“Però jo crec que ho associes, eh, al fet dels adults perquè veus que els adults ho fan i ho associes als adults encara que t'introdueixen els teus pares”.*

II. Personals

Les argumentacions sobre el primer consum d'alcohol detallades a continuació provenen d'aspectes individuals, bàsicament per un procés de rebel·lia o bé per un sentiment de curiositat.

- A. **Rebel·lia.** Queda definida sota la convicció que algunes persones s'introdueixen en el consum d'alcohol per saltar-se les normes, ja siguin legals perquè aquesta substància és prohibida als adolescents, o bé perquè els pares o els adults en general no consideren correcte el seu consum a l'adolescència.

Exemples:

- Ⓢ Noia: *“Jo crec que és només en els nens que passa això de reflexar-se en els adults, crec que en els adolescents és més també com una cosa trencadora”.*
- Ⓢ Noi: *“Per rebel·lia”.*
- Ⓢ Noia: *“Per portar la contrària a una cosa que els adults veuen malament que és emborratxar-se”.*
- Ⓢ Noi: *“Allò que “lo” que es prohibeix atrau”.*

- B. Curiositat.** Algun participant situa el primer consum d'alcohol en relació a la satisfacció d'un sentiment de curiositat que la substància genera.

Exemple:

☉ Noi: "Per curiositat".

III. Diversió

Aquesta categoria inclou les motivacions per l'inici al consum de begudes alcohòliques associat al desig de gaudi o diversió.

Exemples:

☉ Noia: "Un adolescent potser quan veu la imatge d'un grup de més grans i tal que estan bevent també veu que s'ho estan passant bé, saps? Llavors a part de voler ser com ells i tal doncs pensen: "osti" jo també m'ho vull passar bé igual que ells".

☉ Noia: "Si tinguéssim una imatge de que s'ho estan passant malament no començaríem a beure".

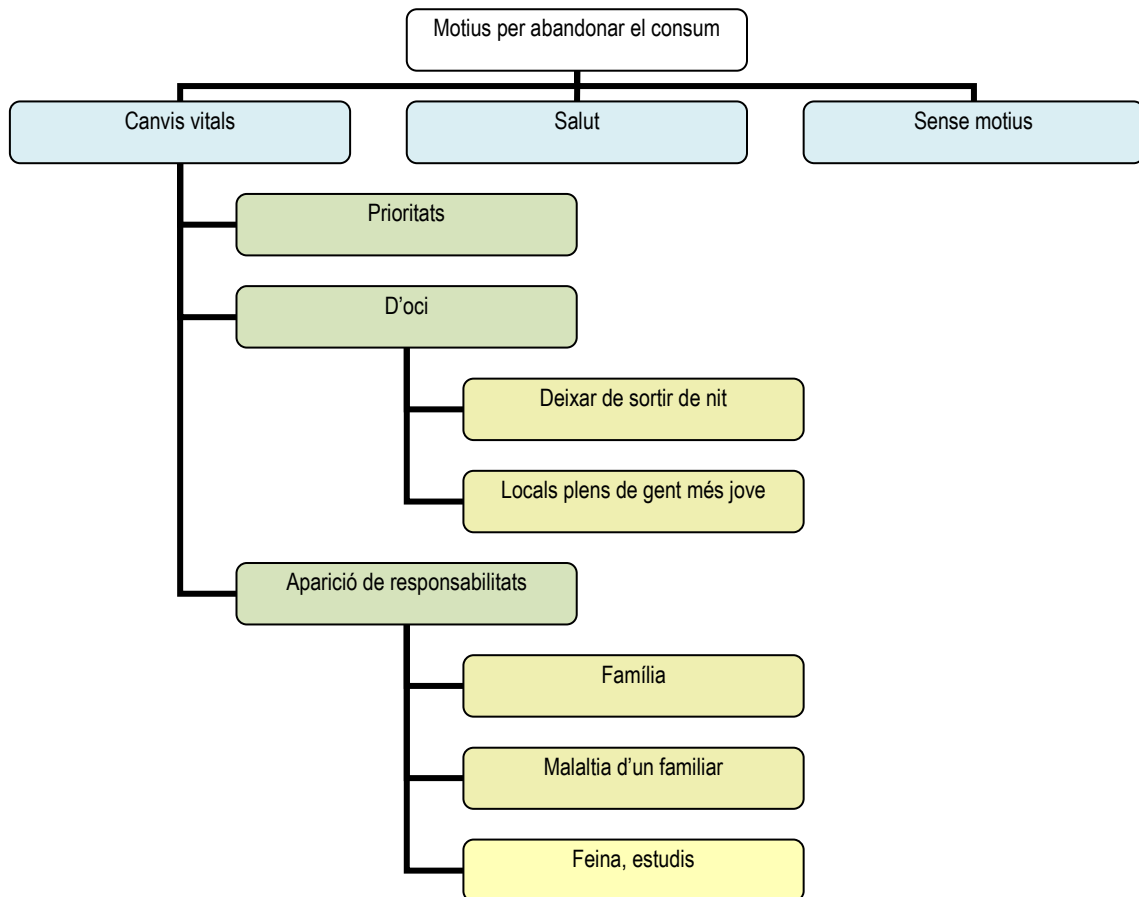
6.2.1.4. Motius per abandonar el consum

En l'actual apartat es presenten els resultats sobre les raons que poden conduir a un abandó del consum d'alcohol una vegada iniciat aquest. La consigna que s'oferí als participants per tal d'explorar aquesta dimensió del consum fou:

Hem parlat de l'existència de persones que beuen alcohol pràcticament cada cap de setmana. Creieu que hi ha un límit en el que la gent pensa que això ja no va amb ells i deixen de fer-ho? I en tot cas, quins factors creieu que fan abandonar aquest consum?

Els resultats, amb les categories i subcategories obtingudes, es mostren a l'esquema 6.2.1.4.1.

Esquema 6.2.1.4.1.: Motius per abandonar el consum d'alcohol.



I. **Canvis vitals**

S'engloben en aquesta categoria les impressions dels universitaris en consonància amb el fet que cal un gir a la vida per a deixar de consumir alcohol els caps de setmana de forma regular. El canvi pot ser a nivell de prioritats, d'oci o associats a l'aparició de responsabilitats.

A. **Prioritats.** S'hi descriuen aquells relats que es refereixen a la valoració, de forma individual, de noves prioritats.

Exemples:

- ☉ Noia: *“Crec que més que res és un canvi de prioritats a la vida, no? No necessàriament has de formar una família i cap cosa tan important sinó ves a saber potser ja no dones tanta prioritat a l'hora de sortir i tal i no sé vols fer un canvi a la teva vida i no sé dedicar-te més a la feina o no sé qualsevol cosa o un esport”.*
- ☉ Noia: *“El deixar-ho, potser sí que és més individual, és més quan ja evoluciones i simplement... no vol dir que no tornis a beure mai més però que no tens les mateixes prioritats i simplement és així”.*

B. D'oci. Nombrosos joves associaven el fet de prendre begudes alcohòliques amb l'oci nocturn. En aquest punt alguns afirmen que un canvi en les activitats d'oci comporta un abandó d'aquesta pràctica.

1. **Deixar de sortir de nit.** En aquesta categoria s'hi integren els postulats que afirmen que a mesura que es va deixant de sortir de nit, generalment de forma progressiva, es va perdent l'hàbit de consum d'alcohol.

Exemples:

- ☉ Noia: *“Això suposo que també va relacionat amb el que tu surts, però jo que sé, arribarà una edat en que no sortiràs cada cap de setmana, però tampoc deixaràs de sortir de cop, jo per mi cada vegada aniràs a “menos” fins que al final només hi aniràs de tant en tant quan et reuneixis amb amics o així, “pues” després sí que et faràs uns “cubates” i... a mesura que surts “menos” per les situacions que siguin “pues” també vas bebent “menos”.*
- ☉ Noi: *“Està més lligat al canviar de vida que no pas que diguis a partir d'ara no surto”.*
- ☉ Noi: *“... No és una decisió en un moment determinat, que passa, passa...”.*

2. **Locals plens de gent més jove.** En certs casos el que motiva un canvi en les activitats d'oci és el fet de sentir-se fora de lloc en locals, concorreguts de forma habitual durant anys, atès que aquests es veuen freqüentats pels joves que comencen a sortir, fet que incomoda als joves de més edat.

Exemple:

- ☉ Noi: *"El que m'ha passat a mi, és que sí vaig començar a sortir amb 17 anys i anava a locals on hi havia gent de 17, 18 i 20 anys, si continuo sortint amb 22, 25, 27 i vaig als mateixos locals em trobo gent de 18, 19 i 20 anys, llavors estic com una mica desubicat, oi?... i hauria de canviar a d'altres locals, canviar d'ambient, trobar una altre ambient on em sentís una mica més com en el meu grup, no? Per dir-ho així, ni que sigui per qüestions d'edat, simplement.. a mi sortir els dijous universitaris de Catedral i tot això, no em tira gens, no em tira gens per això però en canvi un dimarts o un dimecres anar a fer un parell de cerveses a les nou del vespre amb la colla de tres o quatre sí que m'agrada..."*

- C. **Aparició de responsabilitats.** Comprèn aquelles opinions en relació a la maduració i l'arribada d'obligacions o de responsabilitats tals com establir una família o fer-se càrrec d'alguna persona necessitada.

1. **Família.** Els estudiants atribueixen a la formació d'una família un motiu per abandonar el consum d'alcohol.

Exemples:

- ☉ Noi: *"Jo penso que hi ha una frontera quan un ha d'agafar responsabilitats... perquè està formant una família per exemple"*.
- ☉ Noia: *"Depèn de la vida de cada persona... i potser... una persona es casarà als 24 anys i en canvi l'altre fins els 30 encara sortirà, vull dir depèn de la situació i el canvi de mentalitats com hem dit de cada persona i el que decideixi fer ell amb la seva vida"*.
- ☉ Noia: *"Quan es facin grans i visquin, no sé, sols o en parella, ja se centraran una mica més"*.

2. **Malaltia d'un familiar.** Haver-se de fer càrrec d'algun familiar que estigui impossibilitat per a portar a terme una vida autònoma, per exemple, també és un dels motius per deixar de consumir alcohol segons els participants de l'estudi.

Exemples:

- ☉ Noi: *"Per malaltia d'algun dels seus familiars, hi ha un canvi de pensament i ja directament, ja no hi penses en fer-ho, vull dir quan ja tens responsabilitats a sobre ja poses més seny i deixes estar aquests aspectes"*.

3. **Feina, estudis.** Obligacions acadèmiques o laborals poden dissuadir de sortir de festa i per tant de consumir alcohol.

Exemple:

- ☉ Noi: *"A l'igual que hi ha èpoques en que un en té més ganes, per exemple a l'estiu hi ha gent que surt sempre de festa i en té ganes i a vegades a l'hivern perquè has d'estudiar i treballar, doncs ja no surts..."*.

II. **Salut**

Un altre motiu per deixar d'ingerir begudes alcohòliques és patir algun problema de salut derivat del propi consum.

Exemple:

- ☉ Noi: *"A no ser que el cos et foti un cop d'atenció, no? "Osti" ja no sóc el que era, tinc aquest problema amb això i reflexiones"*.

III. **Sense motius**

Malgrat tot, alguns universitaris afirmen que certes persones no troben prou motivants cap dels aspectes anteriorment anomenats i per tant, prolonguen el consum d'alcohol de forma perpètua.

Exemples:

- ④ Noi: *“Però també hi ha de tot, també et trobaràs jubilats... trobaràs gent que...no sé és crònic, no? perquè estan sols i estaran amb la copa, per tant, ja no és res social...”*
- ④ Noi: *“A vegades,estic en un pub que vaig i “bueno”... tinc amics de 40 anys, no?... Però vull dir ja hi ha solters i així que surten cada setmana que foten més “cubates” que tots els altres de 18 junts i tampoc ho trobo malament perquè no tenen cap malaltia són conscients, no?... no sé... potser jo no ho faria a la seva edat de... però hi ha gent que és manté jove i no sé no crec que s'hagi de posar un stop”.*
- ④ Noia: *“Els que els hi agrada... “bueno” els que hi estan enganxats, n'hi ha molts...”*

6.2.2. Edat d'inici al consum d'alcohol

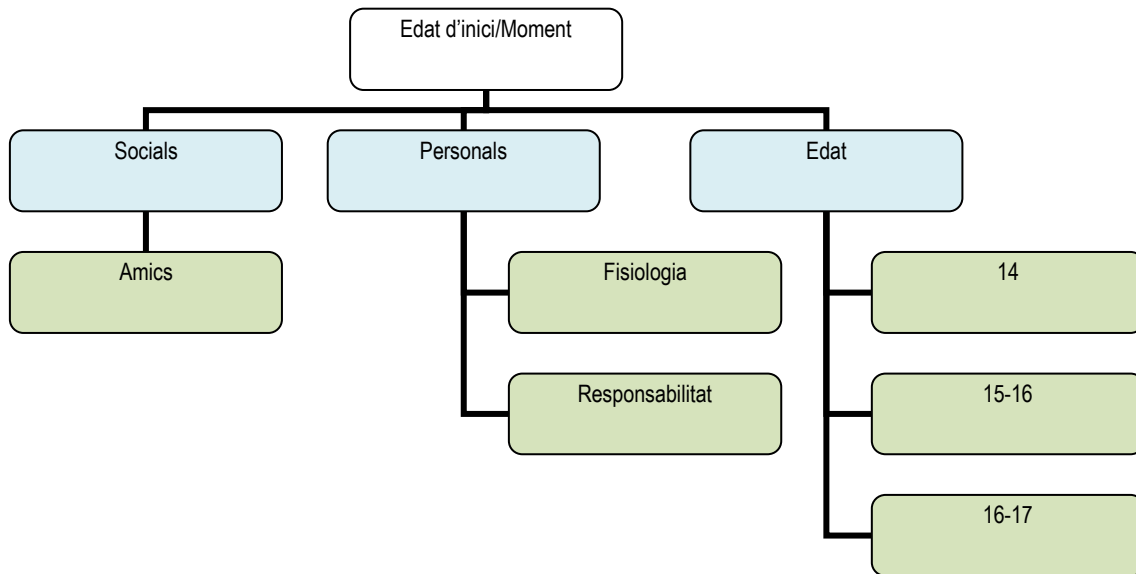
A continuació s'analitza l'edat o el moment propici per l'inici de consum de begudes alcohòliques segons el criteri dels participants de l'estudi. També s'explora l'opinió dels joves en relació a l'edat establerta legalment per l'inici del consum d'aquesta substància.

6.2.2.1. Edat propícia d'inici al consum

En aquest treball s'ha considerat l'anàlisi de l'edat o moment adequat per l'inici de la ingesta d'alcohol, tal i com es mostra a l'esquema 6.2.2.1.1. Aquesta idea es va formular als participants de la següent manera:

L'edat d'inici al consum d'alcohol detectada entre els estudiants universitaris se situa al voltant dels 14 anys. També us he de dir que aquest estudi el vam fer fa tres anys amb població adolescent i l'edat era força més baixa, amb un inici cap als 12 anys aproximadament. Quina edat penseu vosaltres que és adequada per començar a prendre alcohol?

Esquema 6.2.2.1.1.: Edat o moment d'inici al consum d'alcohol.



I. **Social**

En aquesta categoria s'inclouen les idees que pertanyen a motius de l'àmbit social com és la influència de l'entorn, especialment dels amics.

- A. **Amics.** El grup d'amics del qual els joves formin part i les activitats que aquests practiquen poden contribuir a l'inici al consum d'alcohol.

Exemple:

Noia: "Hi ha grups d'amics que tenen 12 anys i actuen com de 16 i grups d'amics que tenen 16 i actuen com a 12, vull dir, és el teu entorn... sempre hi ha el típic que.... tenen 14 anys i ja van a discoteques amb gent de 16..."

II. **Personal**

Aquesta categoria aglutina aquelles situacions de caire individual que segons els universitaris han de ser considerades prèviament a iniciar-se en el consum d'alcohol.

- A. **Fisiologia.** L'inici a la ingesta de begudes alcohòliques hauria de tenir en compte aspectes de la fisiologia i el desenvolupament de l'organisme adolescent.

Exemples:

- ☉ Noia: *“Penso que no hi ha una edat... per una qüestió de cos perquè un nen de 12 anys no aguantarà res vull dir, no és que no es pugui controlar és que simplement amb res que begui per qüestió de fisonomia no aguantarà i es posarà borratxo i clar depèn molt de la persona”.*
- ☉ Noia: *“I a part, un nen de 12 anys està en creixement”.*

B. Responsabilitat. Aquesta subcategoria conté les creences dels joves que es troben vinculades a la idea que s'és apte per iniciar-se en el consum d'alcohol en el moment en què s'és prou madur i conscient per a realitzar-lo de forma moderada. En són exemple les respostes que s'esmenten a continuació:

- ☉ Noia: *“Jo crec que més que l'edat és més tenir la responsabilitat de saber la quantitat, no? Perquè a veure jo crec que potser un nen amb 12 anys jo què sé, per exemple per Nadal beguí una coseta així [uns dos dits] de xampany, faci dos glops no li passarà res, si és un cop, vull dir és l'hàbit no? I la quantitat. Freqüència i quantitat”.*
- ☉ Noi: *“La responsabilitat tampoc va gaire lligada a l'edat. Jo potser era més responsable amb el consum fa 10 anys que no pas ara i ara potser vaig al bar amb la intenció de fer una cervesa i aquesta cervesa s'acaba convertint en unes quantes més. I quan més vaig bevent, menys responsable sóc, saps?”.*
- ☉ Noi: *“Hi ha gent de 30 anys que s'està inflant tot el dia a “cubates” i jo que sé, un nano que no tingui la intenció d'emborratxar-se de 14 “pues” potser beurà una mica i no passa res i un s'està fent molt de mal i l'altre doncs tampoc és tan greu”.*
- ☉ Noia: *“Un nen de 12-13 no és responsable encara que ho sigui per sortir, per beure. No és prou madur de ser conscient de saber quins són els efectes i què pot passar, fins on pot arribar”.*

III. Edat

Malgrat la majoria dels estudiants universitaris en ser preguntats per l'edat d'inici propícia respongueren en base a d'altres aspectes socials i personals ja exposats, alguns d'ells també situaren el millor moment d'inici en una edat concreta, oscil·lant entre els 14 i els 17 anys.

A. 14. Al voltant dels 14 anys.

Exemple:

- Noia: *“La posaria per sobre dels 14, però a partir dels 14 dependrà molt de la persona”.*

B. 15-16. Entre els 15 i els 16 anys.

Exemples:

- Noi: *“Jo crec que una cervesa amb 15 anys és el més normal del món”.*
- Noia: *“No puc dir que als 15 ho veig molt aviat perquè jo ho he fet, però sí que als 12-13 ho veig una barbaritat, perquè... abans ho provaves, però és que ara als 12 ja van fatal, jo ho sé perquè he treballat a ambulàncies aquest estiu i “bueno”... hi ha casos que de veritat...”.*
- Noia: *“Als 15-16 anys”.*

C. 16-17. Entre els 16 i els 17 anys.

Exemples:

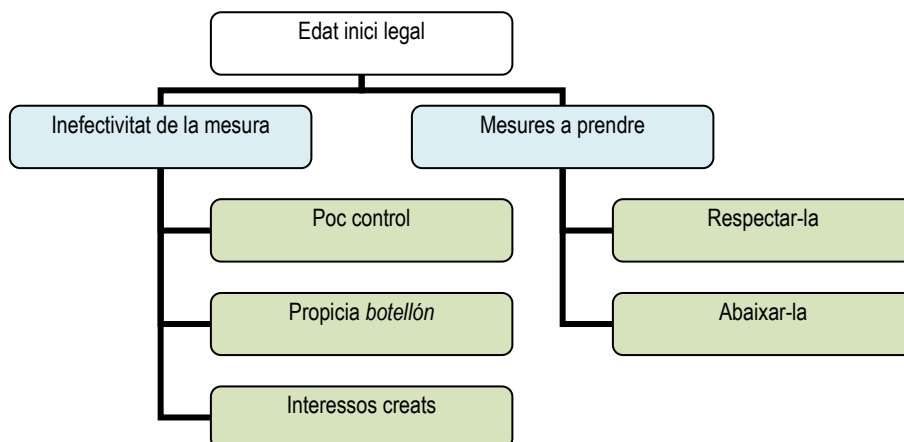
- Noia: *“A mi els 14 o 15 em sembla molt aviat, a partir dels 16-17 clar, “fota-li” com a mínim, com a... algú molt precoç eh”.*
- Noia: *“Als 16-17 anys”.*

6.2.2.2. Edat legal d'inici al consum

Interessava conèixer la opinió dels estudiants universitaris respecte a l'edat d'inici establerta legalment i amb tal propòsit se'ls va exposar (esquema 6.2.2.2.1.):

L'edat mínima legal per consumir alcohol es troba als 18 de forma genèrica i als 21 pel que fa a les begudes de màxima graduació (a partir de 40 graus). Què en penseu del fet que l'edat d'inici legal es trobi als 18 (o 21 anys)? Penseu que s'hauria de prendre alguna mesura en relació a aquesta edat?

Esquema 6.2.2.2.1.: Valoració de l'edat d'inici legal.



I. Inefectivitat de la mesura

Aquesta categoria queda definida per les conviccions dels participants de que l'existència de l'edat d'inici legal, tal i com és concebuda en l'actualitat, no dissuadeix de prendre alcohol als menors d'edat que ho desitgin. Aquest fet es produeix, fonamentalment, pel poc control existent sobre aquesta norma i pels interessos creats per alguns sectors, segons els universitaris. Per altra banda, aquests opinaren que l'existència d'aquesta normativa, lluny de ser efectiva, propicia activitats com el *botellón*.

A. Poc control. Els joves afirmen que existeix poca vigilància de l'edat dels adquirents d'alcohol, tant als supermercats on es compra com en els locals on s'accedeix i es pren. Per altra banda, i en el cas que es prohibeixi la venda a algun menor d'edat, sovint aquest té estratègies per a poder obtenir-lo per mitjà d'altres persones de més de 18 anys disposats a facilitar-li. En són exemple les següents expressions:

© Noia: "Jo crec que és inútil perquè "aviam", jo fins el desembre no faig els 18 però si a algun lloc t'ho demanen, el DNI, vas amb una persona major que t'ho demana... és superfàcil o comprar doncs "botellones" als supermercats que ja moltes vegades ni te'l demanen... Jo crec que perquè fiquin que l'alcohol no es pot vendre a menors de 18 no serà un impediment perquè la gent que realment vulgui beure pugui aconseguir aquest alcohol".

- Ⓢ Noia: *“Però és que ja no els hi demanen i si els hi demanen agafen el DNI de qualsevol altra amiga seva i entres”*.
- Ⓢ Noia: *“Crec que passa més amb els nois, que els hi demanen, igual que la beguda en canvi amb les noies no”*.
- Ⓢ Noia: [es refereix als porters del pub] *“Jo els hi dic: quin criteri seguim? i diu: “mira, sabes què passa?” com que els nois la llien molt quan s'emborratxen, amb els nois sí que vigilem molt però amb les noies no”*.

- B. Propicia botellón.** Algunes opinions apunten al fet que la prohibició d'entrar a un local propicia que els més joves intentin obtenir l'alcohol per altres mitjans com pot ser practicant el *botellón*.

Exemples:

- Ⓢ Noi: *“Amb 17 anys si no pots anar a un pub i fer la cervesa doncs què fas? Vas al parc i vinga ampolles i estàs creant l'efecte contrari”*.
- Ⓢ Noi: *“Es fomenten els “botellons” i possiblement un beure menys responsable, no? Menys controlat”*.

- C. Interessos creats.** Un dels motius exposats del poc control de l'edat en l'entrada als locals i en la venda de l'alcohol rau en l'interès econòmic dels propis subministradors de begudes alcohòliques. Serveixen d'exemple les següents afirmacions:

- Ⓢ Noia: *“En un local que hi ha moltes noies venen més nois i si venen més nois i noies consumeixen més”*.
- Ⓢ Noia: *“No els interessa a ells tampoc”* [es refereix als propietaris dels locals].
- Ⓢ Noia: *“T'ho venen i ja està perquè la qüestió és fer calers”*.

II. Mesures a prendre

Davant les reflexions en relació a l'edat d'inici legal, sorgiren certes mesures a prendre a aquest respecte. Aquestes foren: dirigir esforços en respectar l'edat marcada legalment, si bé d'altres participants van creure més idoni reduir l'edat d'inici legal, ajustant-la a una posició més realista.

- A. Respectar-la.** Aquesta categoria conté els postulats a favor de practicar un major control en el compliment de la llei que prohibeix la venda d'alcohol a menors d'edat.

Exemples:

- ☉ Noia: "És respecte, perquè els locals que posa divuit jo poquíssimes vegades he vist al propi cambrer preguntant: quants anys tens? Ensenya'm el DNI".
- ☉ Noia: "*Però ja no és només dintre, sinó fora per entrar... les meves germanes per exemple tenen 14 anys i ara comencen a sortir... i van a discoteques i no els hi demanen el DNI i tenen 14 anys!*".
- ☉ Noia: "*Jo crec que no s'hauria de reduir... però s'hauria de fer més mesures preventives o... que no deixessin entrar o per exemple quan vas a la barra que et demanessin el DNI!*".
- ☉ Noia: "*És una norma però no... restringeix..., hi ha molts altres països de la Unió Europea que està molt més restringit l'alcohol i aquí en canvi ja hi pot haver llei que tant és!*".

- B. Abaixar-la.** En aquest punt s'exposen les argumentacions d'acord amb la reducció de l'edat mínima legal per consumir alcohol.

Exemples:

- ☉ Noi: "*Jo provaria d'abaixar aquesta edat!*".
- ☉ Noi: "*Enlloc de 18 i 21 que fessin de 16 i 18, perquè tots els nostres avis des dels 8 anys que bevien vi i poc que són pas uns alcohòlics, saps? I és això que "lo" prohibit atrau. Si ja no és prohibit ja no atrau tant potser, saps?*"
- ☉ Noi: "*Les normes més rígides fan que no es compleixin, fan que s'agafin com normes inútils en canvi si són més adequades a la realitat doncs fan que després es compleixin, no?*".
- ☉ Noia: "*M'adequaria a la societat que hi ha en cada moment per exemple, si ara s'ha vist que... els que consumeixen més són els de 14 anys, doncs potser posaria els 16. Tot i que això pot donar més llibertat a més gent que no, que ara no consumeix!*".

6.2.3. Tipologies de consum

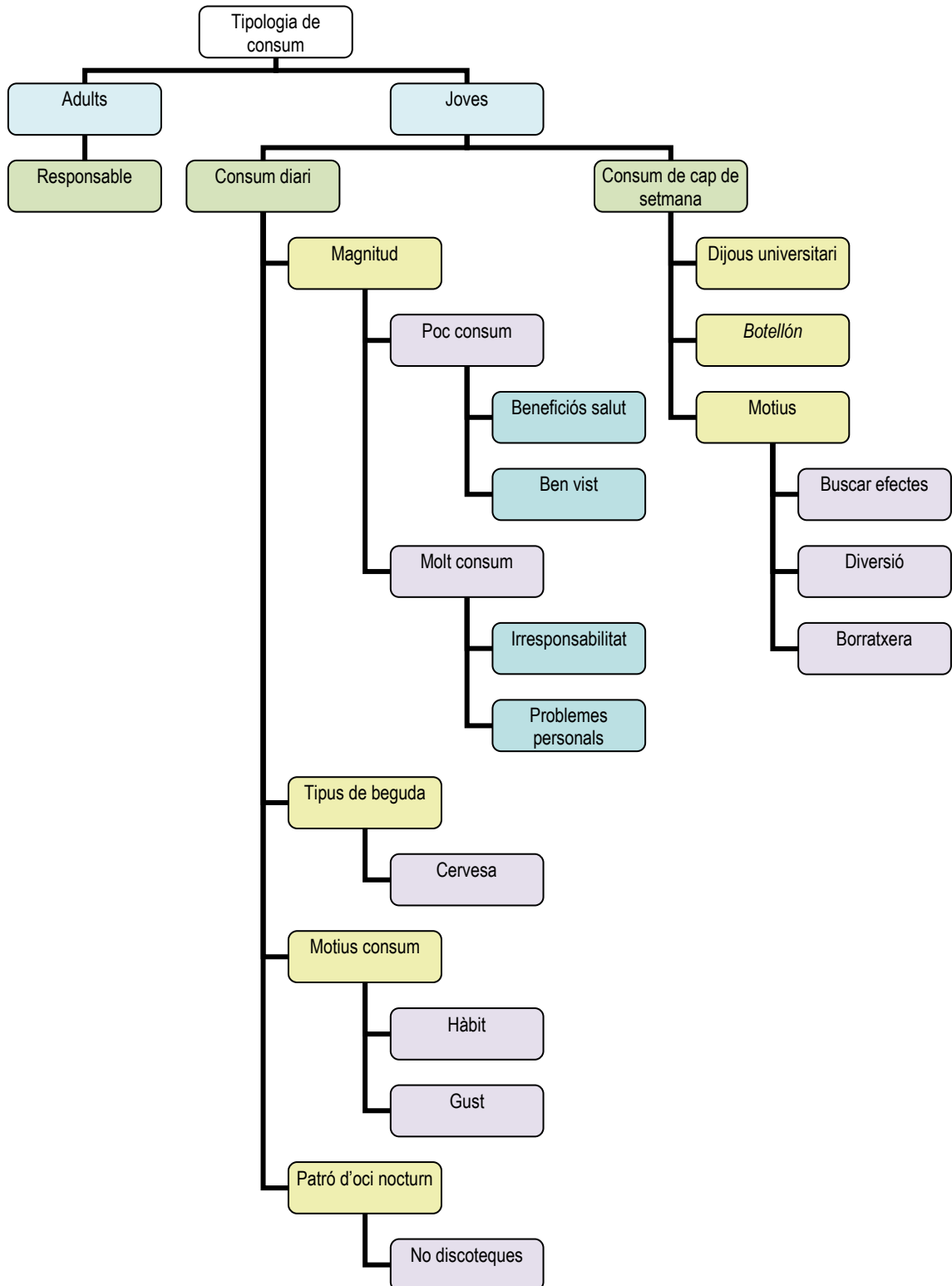
A continuació es presenten les diferents tipologies de consum detectades, així com les diferències observades segons el gènere i l'edat.

6.2.3.1. Segons l'edat i la freqüència de consum

L'esquema 6.2.3.1.1. resumeix les diferents tipologies de consum detectades segons l'edat i la freqüència de consum, centrada bàsicament en l'etapa juvenil. Dins aquesta, es diferencia entre el consum diari i ocasional. S'indicà als participants:

Parlant del tipus de consum que es fa normalment, la majoria dels universitaris consumeix alcohol durant el cap de setmana, 95%, i un 4.5% entre setmana. Que penseu vosaltres sobre les diferències entre qui consumeix el cap de setmana o els que ho fan entre setmana? Creieu que són persones amb característiques diferents?


Esquema 6.2.3.1.1.: Tipologies de consum segons l'edat i la freqüència de consum.



I. **Adults**

Aquesta categoria fa referència a l'atribució realitzada al consum d'alcohol per part dels adults, basada en la responsabilitat.

A. **Responsable.** El consum adult és jutjat com a més responsable del que ho podria ser aquell practicat per persones més joves per l'estigma que comporta a l'adultesa un consum elevat. N'és una mostra la narració següent:

 Noia: *“Jo penso que potser no fan tantes bestieses perquè no està tan ben vist, de moment per la societat que una persona gran... “bueno” estar borratxa que una persona jove, que és com que “bueno” com que és adolescent, s'entén més, en canvi una persona així més gran, potser és com: però on va aquest? I com que tenen més pudor, però crec que això poc a poc va canviant eh”.*

II. **Joves**


Dins aquesta categoria s'hi concentren totes aquelles respostes que caracteritzen el consum d'alcohol juvenil, diferenciant entre la ingesta d'etanol que esdevé diària d'aquell patró ocasional i majoritari.

A. **Consum diari.** Aquesta unitat va dirigida a l'exploració de la magnitud de consum, el tipus de beguda, els motius de consum i el patró d'oci portat a terme pels bevedors d'alcohol entre setmana, seguint l'anàlisi de les expressions dels participants.

1. **Magnitud.** El consum de begudes alcohòliques en dies laborables ha estat conceptualitzat de forma diferent en funció del volum ingerit.

a) **Poc consum.** La majoria dels joves comparteixen l'opinió que entre setmana el volum d'alcohol ingerit acostuma a ser inferior que durant el cap de setmana.

Exemple:

 Noi: *“No es fan aquests abusos... vas a fer una “birra” però no te'n vas a emborratxar un dimecres”.*

- (1) **Beneficiós salut.** En aquesta categoria s'hi reuneixen les inferències sobre els efectes saludables del consum moderat d'alcohol sobre l'organisme.

Exemples:

- Noia: *“És positiu perquè va bé per la salut”.*
- Noia: *“Et diuen: una copa de no sé què va bé, o el vi va bé, clar i si t'ho fots tot “pues” jo crec que no va bé, entre una cosa i l'altra”.*
- Noia: *“A casa meva el meu pare es beu... un got de vi al migdia i “inclús” diuen que és saludable”.*

- (2) **Ben vist.** El consum diari d'alcohol a dosis baixes gaudeix de bona consideració entre alguns joves.

Exemples:

- Noia: *“Jo crec que això no es veu malament”.*
- Noia: *“Depèn de la quantitat... Una copa de vi sense excedir-se, la cervesa... jo ho trobo bé, a veure, sense abús tampoc és tan perjudicial”.*

- b) **Molt consum.** Les atribucions del consum elevat en dies laborables guarden relació amb una actitud irresponsable, així com amb problemes personals.

- (1) **Irresponsabilitat.** Donada la necessitat d'acomplir amb obligacions familiars o laborals es titlla d'irresponsable un consum d'alcohol a dosis elevades entre setmana. El comentari presentat a continuació serveix d'exemple:

- Noia: *“Entre setmana... has d'estudiar, treballar o tens altres responsabilitats, llavors clar, si surts i t'emborratxes i l'endemà no estàs prou bé com per anar a la Universitat o pel que sigui”.*

“pues” clar és una miqueta més irresponsable, no? Que no pas... si surts un divendres o un dissabte i l'endemà “pues” no tens res a fer “pues” et quedes dormint la mona i ja està, no?”.

- (2) **Problemes personals.** D'altres universitaris creuen que darrere aquest tipus de consum existeixen greus problemes personals que situen a la persona en una posició d'indefensió.

Exemples:

- ☉ Noia: *“La gent que beu entre setmana grans quantitats d'alcohol la societat té tendència a veure'ls com derrotats... que estan passant per un mal moment i han caigut en això”.*
- ☉ Noia: *“Els d'entre setmana se'ls veu pitjor com si tinguessin un problema més gran que els del cap de setmana”.*

2. **Tipus de beguda.** En aquesta categoria s'hi aglutinen les valoracions del tipus de beguda majoritàriament consumida a diari.

- a) **Cervesa.** Aquest derivat de la civada és el beuratge preferit entre setmana.

Exemples:

- ☉ Noi: *“A diari beus... jo que sé... una cervesa”.*
- ☉ Noia: *“Entre setmana no trobes molta gent fent “cubates”, si te'n vas allò a les 8 de la tarda a fer una Fanta o una cervesa... no trobes gent fotent-se un “cubata””.*

3. **Motius consum.** Les raons de consum en dies laborables responen a una qüestió d'hàbit i de gust.

- a) **Hàbit.** Aquest tipus de consum és considerat un hàbit o un costum per a alguns participants.

Exemples:

- Ⓢ Noi: “*És per hàbit*”.
- Ⓢ Noi: “*Per hàbit, els hi agrada... No és “algo” en que m’hi fixi si amb un plat combinat es beu una cervesa, però si se’n fot 4 o 5 sí que m’hi fixaria, però si és per hàbit, com qui es fot una coca-cola o un got d’aigua*”.

- b) **Gust.** El sabor és el principal motiu del consum d’alcohol a diari, tal i com ho il·lustren les següents respostes:

- Ⓢ Noi: “*El que beu una copa de cervesa, una copa de vi cada dia entre setmana... realment li agrada*”.
- Ⓢ Noi: “*A diari beus “algo” pel gust de beure*”.
- Ⓢ Noi: “*Si bec una mica de vi és perquè m’agrada i si m’emborratxo és potser per molts altres motius*”.

4. **Patró d’oci nocturn.** En aquest punt s’hi exposen les diferències detectades en el patró d’oci nocturn, durant el cap de setmana, entre aquells que també prenen begudes alcohòliques a diari. Aquestes es caracteritzen per allunyar-se dels locals d’ambient nocturn com les discoteques.

Exemples:

- Ⓢ Noi: “*En general aquesta gent [bevedors d’entre setmana] el cap de setmana, els que jo he conegut ja no són d’anar tant a discoteques... ja és una mica d’un altre rotllo és així més tranquil*”.
- Ⓢ Noia: “*Normalment la gent que beu cada dia no és gent que... els hi agradi anar-se’n els dissabtes o els divendres o els dijous a una discoteca, no? Són més gent d’anar a bars o més tranquil, no?*”

B. Consum de cap de setmana. Tot seguit s'exposen les reflexions vers el consum d'alcohol ocasional produït durant el cap de setmana, o bé els dijous entre els universitaris, sovint en forma de *botellón*. Per altra banda, s'analitzen els principals motius d'aquest tipus de consum basat en la cerca d'efectes i de sensacions.

1. **Dijous universitari.** Alguns universitaris acostumen a prendre alcohol durant les nits de dijous.

Exemple:

Ⓢ Noia: *"Com que l'estudi s'ha fet en l'àmbit universitari, és com si comencéssim el dijous ja i el divendres ja és cap de setmana"*.

2. **Botellón.** Una de les modalitats practicades és la consumició d'alcohol en espais públics resultant de la compra d'aquest, habitualment en supermercats, a un preu més econòmic, tal i com ho relata el següent participant:

Ⓢ Noi: *"Jo sempre m'emporto la meva ampolla de "calimotxo" i em gasto un euro, saps? No cal pagar 7 euros per "cubata"."*

3. **Motius.** En aquesta categoria s'han inclòs els principals motius de consum d'alcohol de cap de setmana, els quals es troben vinculats a la cerca dels efectes, de diversió o d'estats d'embriaguesa.

a) **Buscar efectes.** La cerca dels efectes que produeix l'alcohol és vist el motiu principal del seu consum pel següent participant:

Ⓢ Noi: *"... El que beu només els caps de setmana... ho fa només per sortir de festa i pels efectes"*.

b) **Diversió.** D'altres joves afirmen que sovint es consumeix alcohol per a passar-ho bé.

Exemple:

Ⓢ Noi: “*El cap de setmana sí que és per... anar-t'ho a passar bé*”.

- c) **Borratxera.** Hi ha qui creu que el consum de cap de setmana va encaminat a l'assoliment d'un estat d'embriaguesa.

Exemples:

Ⓢ Noi: “*Veig aquest perfil d'emborratxar-se el cap de setmana, però que ja, és com entre setmana anem aguantant per a poder-te emborratxar el cap de setmana*”.

Ⓢ Noia: “*La gent... els caps de setmana sí que beu molt i s'emborratxa i... poder no ho veu tan malament que entre setmana hi ha gent que acostumi a fer-ho*”.

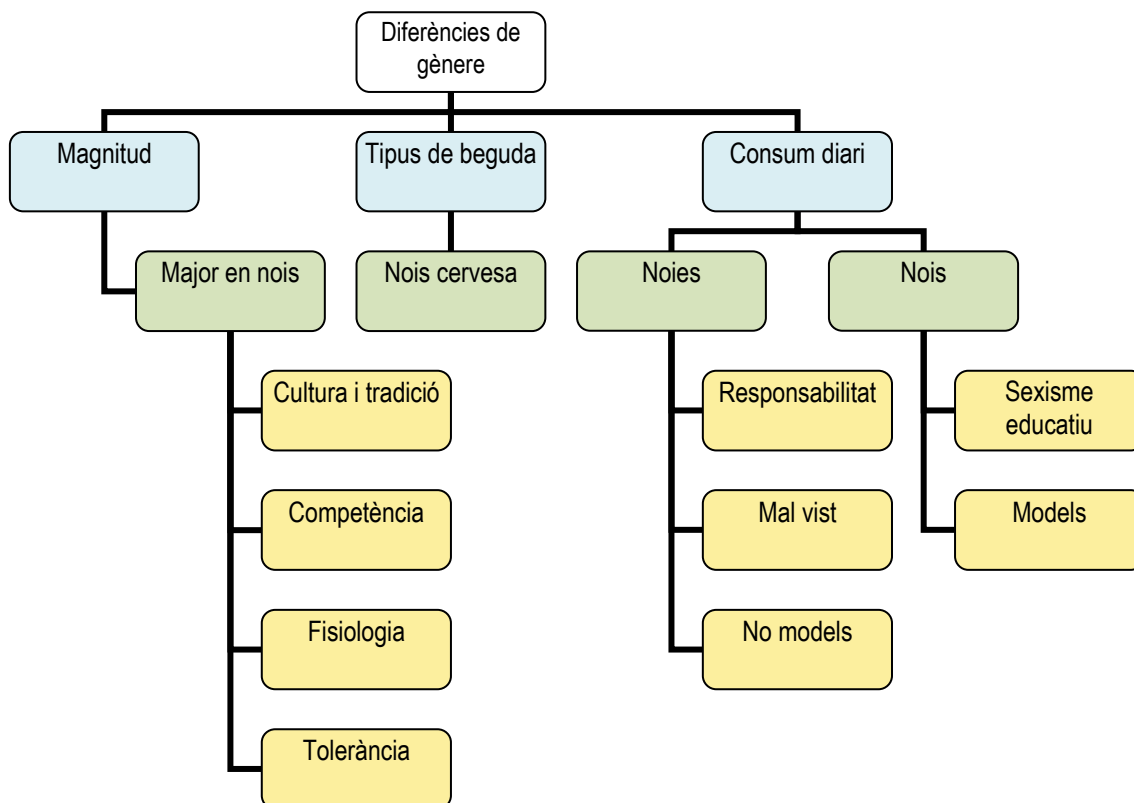
6.2.3.2. Segons el gènere

A l'esquema 6.2.3.2.1. hi descobrim les principals diferències de gènere detectades pels participants en el consum d'alcohol, segons ens estiguem referint a un consum diari o bé de cap de setmana. Les indicacions que es facilitaren als universitaris foren:


En l'estudi hem observat que molt poques persones beuen alcohol a diari, únicament entre un 4%-5% però la majoria són nois. No sé si vosaltres detecteu aquest fet al vostre entorn i per què penseu que generalment els nois beuen entre setmana i les noies no acostumen a fer-ho?

A l'estudi també hem trobat més nois consumidors, durant el cap de setmana, al mateix temps que ells beuen majors quantitats l'alcohol. Per quins motius creieu que quan se surt el cap de setmana els nois beuen més?

Esquema 6.2.3.2.1.: Diferències de gènere en el consum.



- I. **Magnitud.** Els joves manifesten que els nois consumeixen quantitats superiors d'alcohol en comparació amb les noies tal i com ho evidencia el fragment aportat a continuació. Per altra banda, aquesta categoria aporta els principals motius detectats d'aquest fenomen, els quals responen a aspectes culturals, fisiològics, de tolerància, així com a aspectes socials o de competència.

 Noia: "Jo el motiu no el sé però sé que els nois tendeixen a beure més, "bueno" pel meu grup d'amics, sempre ho he vist".

- A. **Cultura i tradició.** Les explicacions mostrades en aquesta subcategoria es corresponen amb el costum o tradició dels homes a prendre alcohol, fet que s'ha transmès culturalment.

Exemples:

- ☉ Noia: *“Jo crec que com de tradició sempre han begut... mhh... abans fa uns anys sempre bevia més l'home, l'home bevia”.*
- ☉ Noia: *“Està ben vist que l'home begui i que la dona no begui”.*
- ☉ Noia: *“I l'home fer el “carajillo””.*

B. Competència. La rivalitat o competència s'erigeix com un dels motius explicatius d'un major consum en els nois, tal i com ho expliquen els següents estudiants:

- ☉ Noia: *“També és una mica per mostrar-se als altres no? Ostres aquella nit em vaig fotre tants “cubates” per “xulejar” una mica davant dels amics... En els adolescents hi ha una mica de competència entre ells, jo ho he sentit a dir això”.*
- ☉ Noi: *“És d'algo” que te n'enorgulleixes i que no te n'hauries d'enorgullir segurament però “bueno”, a aquelles edats...”.*

C. Fisiologia. Alguns universitaris apel·len a les diferències metabòliques entre gèneres per explicar aquest fenomen.

Exemples:

- ☉ Noia: *“La quantitat, depèn també de l'organisme, no? perquè normalment els nois aguanten més que les noies”.*
- ☉ Noi: *“Necessites un “cubata” més per arribar al mateix punt”.*
- ☉ Noia: *“Si aguantéssim igual potser beuríem el mateix, clar hi ha un mínim, si no es pot més no es pot”.*
- ☉ Noia: *“Potser també perquè no els hi afecta tant, no? Potser a una noia també t'afecta més, no?”.*

D. Tolerància. Aquesta categoria la definim com la necessitat de major quantitat d'alcohol per assolir els mateixos efectes que abans s'aconseguien amb menys, per un efecte físic d'habitució del cos a la substància.

Exemples:

☉ Noia: “*Si portes tota la setmana bevent, potser estàs més acostumat*”.

☉ Noi: “*Com més beus més tolerància agafes i més necessites i va augmentant*”.

II. **Tipus de beguda.** Alguns estudiants comenten que els nois mostren predilecció per la cervesa a diferència d’elles.

A. **Cervesa.** El consum de cervesa és preferible entre el sector masculí.

Exemples:

☉ Noia: [es refereix als nois] “*Els hi agrada més la cervesa*”.

☉ Noia: “*No m’agrada gens, eh, és com si et beguessis, jo que sé... no m’agrada gens la cervesa*”.

III. **Consum diari**

Les valoracions sobre el consum d’alcohol en dies laborables es reuneixen a continuació, diferenciant entre els patrons característics dels nois i les pautes pròpies del consum femení.

A. **Noies.** Els estudiants opinen que són poques les noies que practiquen aquesta tipologia de consum i a continuació es recullen els principals motius que ho expliquen. Aquests fan referència a una qüestió de major responsabilitat en elles, a la falta de models femenins bevent a diari, així com la tendència de la societat a valorar negativament aquesta pauta en el gènere femení.

1. **Responsabilitat.** Alguns universitaris comenten que les noies acostumen a ser més responsables que els nois i per aquest motiu no solen prendre begudes alcohòliques els dies de cada dia, com ho exemplifica el comentari següent:

👤 Noia: *“Sempre hi ha excepcions però jo crec que les noies tendim a ser més responsables”.*

2. **Mal vist.** En aquesta subcategoria es recull l'opinió respecte a que algunes persones jutgen de forma negativa el consum femení en dies laborables.

Exemple:

👤 Noia: *“Jo almenys no ho mal veig, però potser hi ha gent que sí”.*

3. **No models.** Els postulats registrats en aquesta subcategoria guarden relació amb la falta de models femenins que prenen begudes amb contingut alcohòlic a diari.

Exemples:

👤 Noia: *“No està tan vist que ho facin les noies”.*

👤 Noi: *“Si vas a una barra d'un bar a les vuit del vespre trobaràs cinc “tios” amb una cervesa i una noia que només tindrà una coca-cola”.*

👤 Noi: *“Una dona amb una cervesa fa ja com una mica... no estem tant acostumats a veure-ho, no? “Osti” aquest dona, no? I altres què, tots amb la canya, el “purito” o el que sigui”.*

B. Nois

Les explicacions sobre el major consum d'alcohol a diari per part dels nois s'articulen en relació a l'existència de sexisme educatiu, així com per influència de la presència de models masculins que el practiquin.

1. **Sexisme educatiu.** En aquest punt s'engloben les opinions vers una major facilitat dels pares per oferir alcohol als seus fills i en canvi una major reticència a facilitar-lo a les filles.

Exemples:

- Ⓢ Noi: *“A una nena potser costa més de donar-li, fer-li tastar això i “lo” altre i en canvi en un nen sembla que... tss... no sé”.*
- Ⓢ Noia: *“Potser depèn de que els pares hagin com mig incitat al nois i en canvi a la noia potser no, no l'inciten”.*

2. **Models.** Els raonaments identificats en aquesta categoria es corresponen amb la presència de models masculins que beuen alcohol els dies laborables.

Exemples:

- Ⓢ Noia: *“Sempre hem sentit algun avi o algun familiar nostre: “osti” avui he begut una copa de vi dinant, no sé que... Les dones mai has sentit a dir que la dona s'agafi una copeta de vi i se la begui encara que ho faci no ho diu, no és tat explícitament, jo crec que això, quan tothom pensa que una persona agafa i beu una copa de vi tothom ho associa a un home”.*
- Ⓢ Noia: *“Pensa: mira, hi ha una persona que beu vi cada dia... clar la imatge que et ve inconscientment és la d'un home”.*
- Ⓢ Noia: *“També és “lo” típic els nois amics meus que queden: ah! Anem a fer unes “birres””.*

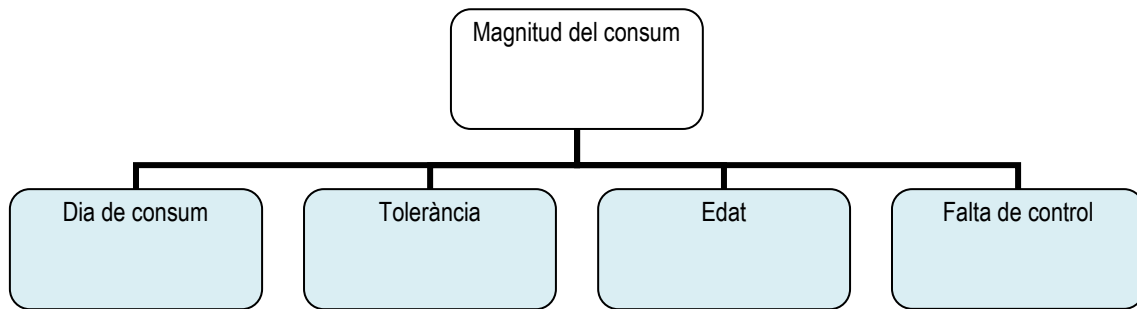
6.2.4. Magnitud de consum

6.2.4.1. Magnitud de consum

Amb l'objectiu d'analitzar la magnitud del consum d'alcohol s'ha realitzat l'esquema 6.2.4.1.1. Per tal d'indagar en aquesta temàtica s'anuncià als joves:

Es va preguntar als universitaris consumidors de l'estudi que anotessin la quantitat d'alcohol que van prendre el darrer dia que en van consumir. La mitjana que vam detectar equival a 7 UBE [se'ls explica què són les UBE i les seves equivalències]. Per altra banda, el mínim d'UBE observades va ser una per tant, una persona que s'havia pogut prendre una copa de vi o una de cava o un quinto i el màxim van ser 35 UBE que es corresponen, per exemple, amb 15 combinats i 5 quintos. Quina quantitat d'alcohol creieu vosaltres que és l'adequada en una nit?

Esquema 6.2.4.1.1.: Magnitud de consum.



I. Dia de consum

En aquesta categoria s'explora la magnitud de consum en funció del dia en que es pren alcohol. Els joves són de l'opinió que durant els dies laborables es consumeix menys quantitat d'alcohol tal i com ho il·lustra la següent resposta:

- Ⓢ Noi: "Si es considera l'últim dia com sortir de festa... em surten les dades, no? Però si per exemple em ve un i per exemple: no, és que l'últim dia és un dia entre setmana i m'he fotut 7 UBE, sí que dius: on vas a parar, no?"

II. Tolerància

Aquesta categoria es defineix com una major quantitat d'alcohol ingerida entre aquelles persones amb un consum habitual elevat per efectes físics d'habitució de l'organisme a la substància.

Exemples:

- Ⓢ Noia: "La gent que beu més de 6 o 7 UBE potser és que està acostumada".
- Ⓢ Noia: "Perquè jo quan vaig a beure, depèn en el meu cas d'1, 2, 4 [es refereix a UBE] però més d'això... a no ser que estiguis molt molt acostumat i a tu no et reaccioni...".

III. Edat

Alguns participants creuen que la magnitud de consum es veu influïda per l'edat del bevedor, de manera que a major edat s'espera un consum més moderat.

Exemple:

- Noia: “*Quan beus amb més moderació és quan comences a veure que et fas gran... tot i que jo veig que van “tajes” a totes les edats*”.

IV. **Falta de control**

Les expressions descrites tot seguit fan referència a un major consum derivat d'una falta de control.

Exemples:

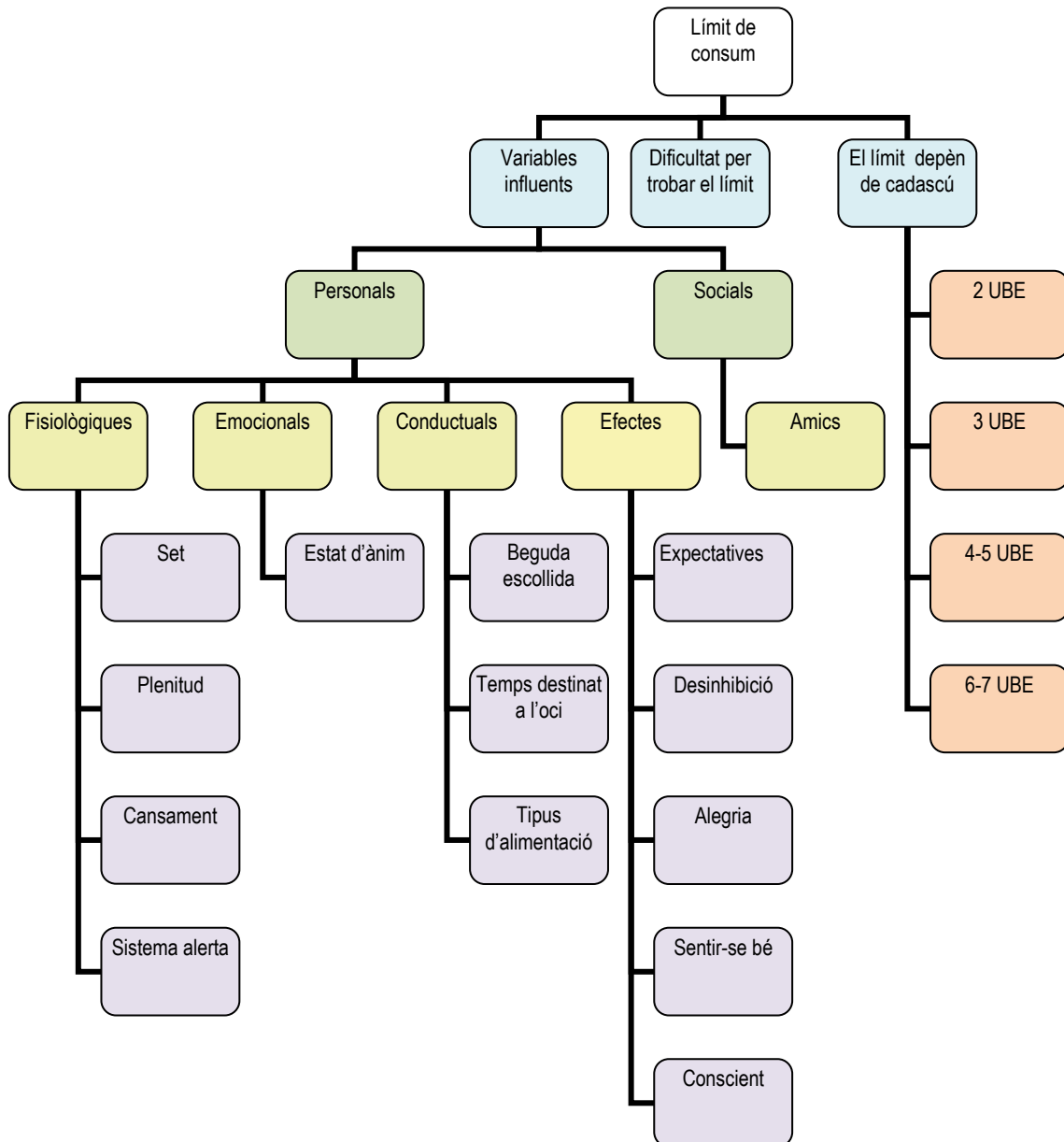
- Noia: “*La gent que beu més de 6 o 7 UBE... per mi, jo crec que és que no sap controlar-se*”.
- Noia: “*Més de 7 UBE jo crec que no és saber controlar-se perquè aquest pas ja no passes d'estar content aquest pas passes de no recordar-te, eh, molestar els teus companys perquè t'aguantin, “bueno”, hi ha mil històries*”.

6.2.4.2. Límit de consum

Seguidament podem trobar, a l'esquema 6.2.4.2.1., la distribució del límit de consum. És a dir, es preguntà als joves:

Quan preneu alcohol com trobeu el vostre límit de consum? És a dir, en funció de quins elements decidiu parar de beure alcohol, o quines sensacions noteu per decidir que no en beureu més?

Esquema 6.2.4.2.1.: Límit de consum.



I. **Variables influents**

Dins aquesta categoria s’hi aglutinen les descripcions dels factors involucrats amb el llimitar de consum, els quals s’han agrupat en funció de si es referien a aspectes personals, socials o conductuals.

A. **Personals.** Les motivacions personals per fixar el límit de consum d’alcohol es classifiquen en tres categories diferenciades, en funció de si guarden relació amb aspectes fisiològics, emocionals o bé amb els efectes de la substància.

1. **Fisiològiques.** Les idees detallades dins aquesta categoria responen a raons orgàniques per establir el líndar de consum, entre elles: la set, la plenitud, el cansament o l'existència d'un sistema d'alerta.

a) **Set.** Aquesta categoria queda definida per les narracions dels participants que declaren que beuen alcohol quan tenen set, i per tant deixen de fer-ho quan aquesta s'ha vist saciada.

Exemples:

☉ Noia: *"Quan jo bec és perquè tinc set no perquè... i un dia em bec un de mig "tubo" i és que no tinc més set".*

☉ Noi: *"Per la teva set".*

☉ Noi: *"Si et ve de gust prendre't "algo" t'ho prens pel gust o per la teva set però no per arribar enlloc, si estàs content "pues" estàs content".*

b) **Plenitud.** Alguns joves manifesten que si no prenen més alcohol és perquè aquest els omple l'estómac i s'aturen quan es noten tips, tal i com ho relata la següent universitària:

☉ Noia: *"Jo és que en una nit no he begut mai dos "cubates" com a molt me'n bec un però és que... a la que arribo a la meitat ja no "me" passa... i a vegades estic dues hores per beure'm un, però perquè... és que ja estic tipa".*

c) **Cansament.** D'altres estudiants expliquen que el moment escollit per detenir el consum d'alcohol apareix quan noten una sensació de fatiga o bé de tedi de la conducta de beure.

Exemples:

☉ Noi: *"Quan estic cansat".*

☉ Noi: *"Vas allò súper tort i dius ja estic cansat".*

Ⓢ Noi: *“A vegades portes dos “cubates” i ja estàs cansat de beure i a vegades no et canses mai i no pares de beure i encara abans d'anar a dormir et fas l'últim “cubata”.*

- d) **Sistema d'alerta.** Aquesta categoria conté les explicacions dels participants que fan referència a l'existència en l'organisme d'un hipotètic sistema d'alerta que s'ha creat a partir de les experiències viscudes amb el consum d'alcohol. Aquest sistema els adverteix de quines quantitats són aconsellables i en quin moment és preferible detenir el consum per les conseqüències que podria comportar.

Exemples:

Ⓢ Noi: *“Com que he tingut males experiències suposo que ja m'he creat un sistema d'alerta, entre cometes, que em diu hòstia “poder” si prens una mica més, “malo”, i llavors paro”.*

Ⓢ Noi: *“T'ho estàs passant bé, vas bevent vas bevent i de cop i volta dius: ep! Ara potser sí que si faig una altra cervesa he fotut la pota”.*

Ⓢ Noia: *“Cadascú ja es coneix prou, quan ets adolescent, crec que tothom ha d'anar provant, no? Hi ha un dia que et passes molt i el dia que no, però ara ja la gent ja es coneix bastant, costa molt d'explicar perquè simplement... primera que ja saps quines quantitats més o menys beus i llavors, ho notes”.*

2. **Emocionals.** Les declaracions referides a continuació fan referència a aspectes vinculats als estats afectius, concretament com et trobes o quin és el teu estat d'ànim.

- a) **Estat d'ànim.** En aquest punt s'inclou l'opinió que el límit de consum depèn de com et trobis emocionalment, tal i com ho explica el següent estudiant: La situació anímica conforma

aquesta subcategoria dins els aspectes emocionals que limiten el consum d'alcohol.

Exemple:

Ⓢ Noia: *"Depèn de l'estat d'ànim, si estàs cansat si no estàs cansat, si has dormit la nit abans..."*.

Ⓢ Noi: *"Depèn de com et trobis"*.

3. Conductuals. Alguns joves enuncien alguns aspectes externs que influeixen en el límit del consum d'alcohol. Aquests guarden relació amb la beguda escollida, el temps de que es disposa i l'alimentació presa.

a) Beguda. Diversos joves comparteixen l'opinió que el límit difereix en funció de la beguda escollida en cada ocasió.

Exemples:

Ⓢ Noi: *"Influeix el fet de que beus, per exemple si beus només cervesa si tu ets una persona que t'agrada agafar una borratxera "lo" que sigui... arribaràs a un punt, "vale", en que ja diràs hòstia "ya" paro i ho faràs molt més gradualment que si només t'infles a "cubates". Clar, "poder" al tercer i quart "cubata" no notes tanta diferència però arriba a un punt en que caus perquè t'ha pujat molt de cop i tal, en canvi l'altre és més difícil, "calimotxo", "lo" que sigui"*.

Ⓢ Noia: *"Una nit pots beure això i l'altra nit et pot venir bé un altre tipus de beguda, jo que sé i el vi era diferent i la graduació era diferent també si et prepares el teu got a vegades te'l carregaràs més o te'l carregaràs "menos" per tant, també és difícil trobar... saps? Aquest punt, no sé, depèn de moltes coses"*.

b) Temps. El nombre d'hores destinades a l'oci i al consum d'alcohol restringeix la quantitat d'alcohol que s'acabarà prenent, tal i com ho manifesten les següents descripcions:

- Ⓢ Noia: *“Depèn de quantes hores estiguis a la nit. Si estàs tres hores i beus allò 7 pues imagina't si estàs tota la nit fins les 8 del matí”.*
- Ⓢ Noi: *“Clar, si els vas distribuint o no”.*

- c) **Alimentació.** Aquesta subcategoria reuneix les conviccions de que l'aliment que s'hagi ingerit precedent al consum influirà en la quantitat d'alcohol final consumida. Per altra banda, la nutrició constitueix una variable amb la qual els joves poden modular els efectes assolits amb més o menys quantitat d'alcohol i despesa necessària.

Exemples:

- Ⓢ Noi: *“Hi ha gent que no menja perquè així no s'hi gasten tantes peles”.*
- Ⓢ Noi: *“Jo conec un que abans de sortir es fumia un Gelocatil em penso que era, perquè li pugés més, saps? Però això ja és de tarats, no?”.*
- Ⓢ Noia: *“Els adolescents molts són mig així com autodestructius en certa manera, “bueno” l'altre dia vaig veure un reportatge de noies que no menjaven quan sortien i era com un altre tipus d'anorèxia que havia sortit”.*
- Ⓢ Noi: *“Si no menges et puja més ràpid però acabes pels terres si no vigiles”.*
- Ⓢ Noi: *“Jo... treballava els dijous fins les 12 de la nit, arribar aquí a quarts d'una, et dutxes perquè vols sortir ràpid de festa perquè t'estan esperant “pues” no menges, no sopes res, te'n vas de festa i amb dos cerveses o tres vas ben llest”.*
- Ⓢ Noi: *“Per mi la part més important de les festes és el sopar abans de sortir o menjar abans de sortir i menjar bé, perquè sinó jo almenys m'ho passo malament”.*
- Ⓢ Noi: *“Si no menjo, l'endemà m'han d'explicar què va passar, vull dir i no m'agrada, no m'agrada”.*

4. **Efectes.** Les explicacions mostrades a continuació fan referència a la cerca i l'experimentació de certs efectes produïts pel consum de begudes alcohòliques per cessar el consum.

a) **Expectatives.** Aquesta subcategoria es defineix com l'assoliment de l'estat proposat previ a l'inici del consum.

Exemples:

Ⓢ Noi: *"Quan ets adolescent vas a veure que passa i ara ja vas a buscar aquell "puntillo" que a tu t'agrada i saps com trobar-lo i procures buscar-lo i trobar-lo".*

Ⓢ Noi: *"Tu volies arribar a aquell punt, t'ho proposes més o "menos" abans de començar".*

b) **Desinhibició.** D'altres universitaris afirmen que finalitzen el consum d'alcohol quan han assolit un estat de desinhibició.

Exemple:

Ⓢ Noi: *"Desinhibir-te".*

c) **Alegria.** Conformava una subcategoria del llindar de consum l'obtenció d'un sentiment d'alegria, tal i com ho manifesta la següent participant:

Ⓢ Noia: *"Fins que un està content".*

d) **Sentir-se bé.** D'altres joves opinen que el moment de detenir la ingesta d'alcohol coincideix amb el punt en que et sents a gust.

Exemple:

Ⓢ Noi: *"Que et sentis bé".*

- e) **Conscient.** Aquesta subcategoria comprèn els postulats que apunten que el llindar ha d'esdevenir abans de perdre la consciència.

Exemples:

☉ Noia: *“Conscient en tot moment”*.

☉ Noia: *“Arriba un moment que ja ho veus, no? Que si vas “piripi”. Ho veus però no vas allò tan borratxo i t’enteres” de tot. Ets capaç de posar-te “serio” si t’estan explicant “algo” “serio”. Aquestes coses”*.

- B. **Socials.** Les opinions establertes a continuació pertanyen a l'àmbit social i responen al límit que estableixen els amics.

1. **Amics.** Aquesta subcategoria fa referència a deixar-se portar per l'entorn i adoptar com a llindar el que estableixin els amics amb qui se surt i es consumeix alcohol, tal i com detalla la següent participant:

☉ Noia: *“Jo segueixo el ritme de la gent amb qui vaig i potser aquella gent surt un cop cada cap de setmana i clar, es beuen una cervesa una altra, una altra i jo aquí ja vaig ben contenta i ja vinga beure vinga beure i... l'endemà no me'n recordo de res”*.

II. Dificultat per trobar el límit

Les impressions identificades sota aquesta categoria concorden amb una gran dificultat per detectar el límit adequat del consum d'alcohol.

Exemples:

☉ Noi: *“Sí, però costa”* [es refereix a trobar el límit].

☉ Noi: *“Surto i dic “bueno” avui no beure quasi res, no? I quan hi ets, o sigui quan t'has pres dos “cubates” doncs vinga en fas un altre i clar arriba moment que dius: psss, “bueno” no cal que acabis per terra ni que estiguis malament... però... no n'ets conscient al moment, no? Potser surts buscant una cosa i quan ets allà en fas una altra, però “bueno” si no és greu tampoc...”*.

☉ Noi: *“Jo quan surto sé quin punt, el que passa és que d'aquest punt no n'ets conscient fins l'endemà al matí”*.

- Noi: *"L'endemà. Perquè quan estàs en aquell punt no ho penses en vull arribar aquí, saps?... l'endemà al matí penses, mira ahir, ahir va estar bé, és lo típic d'ahir vàrem pillar una bona "taja", saps?... l'endemà quan ja tornés a ser tu mateix entre cometes pues dius: vaig arribar a aquell punt, em vaig passar, em vaig quedar curt, és com ho faig jo "almenos".*

III. El límit depèn de cadascú

El llindar del consum d'alcohol lluny de mostrar-se uniforme, divergeix d'unes persones a les altres segons el criteri dels participants de l'estudi.

Exemples:

- Noi: *"Jo penso que, partint de la base de cadascú... i després si el vol complir que el compleixi però no crec que hi hagi d'haver-hi "algo" que sigui s'hagi d'arribar a aquell punt, perquè cadascú és diferent i cadascú ha de prendre consciència del seu propi..."*
- Noia: *"Això és depèn de cadascú i depèn del consum que tinc i com reacciona el seu cos. Jo per mi més de 4 ja és passar-me".*

A. **2 UBE.** Alguns joves troben el propi límit en dues UBE.

Exemples:

- Noia: *"En una nit no he begut mai dos "cubates" com a molt me'n bec un però... a la que arribo a la meitat ja no "me" passa... i a vegades estic dues hores per beure'm un".*
- Noia: *"Jo podria fer un parell de xupitos com a molt màxim o un "cubata"".*

B. **3 UBE.** D'altres en 3 UBE.

Exemple:

- Noia: *"Jo amb tres cerveses ja vaig..."*

C. **4-5 UBE.** Alguns entre 4 i 5 UBE.

Exemples:

- Noia: *“Per mi dos “cubates” sí. Potser algun dia tres però jo més de tres mai. Tampoc sabria com reaccionaria perquè tampoc ho he provat, però jo crec que per mi és massa”.*
- Noia: *“Per mi seria 4 UBE “lo” normal, però és el que es consumeix” [es refereix a la mitjana de 7 UBE detectada].*
- Noia: *“Cinc, no? Dos “cubates” i un “xupito””.*

D. **6-7 UBE.** D'altres entre 6 i 7 UBE tal i com afirma la següent estudiant:

- Noia: *“6-7 UBE serien “lo” normal”.*

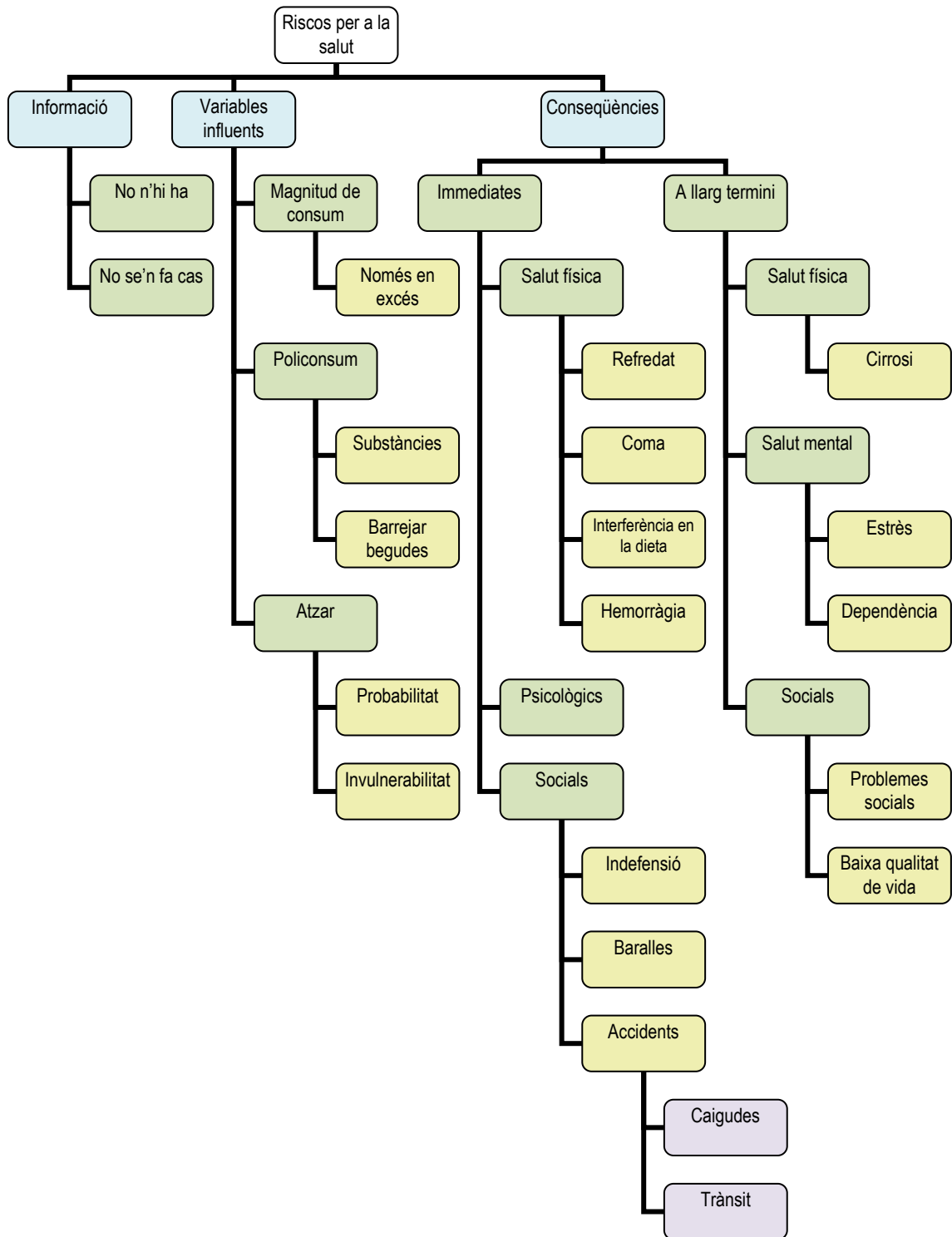
6.2.5. Risc per a la salut

Interessa conèixer l'avaluació que els universitaris fan sobre el risc per a la salut que suposa el consum d'alcohol, la classificació de les respostes a aquesta qüestió es troba a l'esquema

6.2.5.1. S'informà als joves de:

Analitzant els consums que han fet els universitaris veiem que la majoria, el 69% dels que han consumit alcohol, han realitzat un consum considerat d'alt risc per la salut. Quins riscos per la salut coneixeu derivats de la ingesta d'alcohol?

Esquema 6.2.5.1.: Riscos per a la salut.



I. **Informació**

Aquesta categoria recull les opinions en relació a la informació existent sobre els riscos per a la salut que genera el consum d'alcohol, la qual queda dividida per la valoració de la informació com a inexistent, o bé com a ignorada.

A. **No n'hi ha.** Són forces els universitaris que afirmen que és insuficient la informació que han rebut sobre les possibles afectacions produïdes pel consum d'alcohol, si bé són coneixedors d'aquests aspectes en d'altres substàncies psicòtropes.

Exemples:

☉ Noi: *"Però jo, us vull preguntar si, per exemple, totes les drogues, i l'alcohol, és una droga, els porros diuen que afecta al cervell, totes afecten al cervell? I l'alcohol també t'afecta desinhibint-te, a llarg termini, jo no he sentit mai que es digui que produeixi efectes... jo què sé, a l'igual que els porros et deixen esquizofrènic".*

☉ Noia: *"Tampoc hi ha tanta informació... els porros m'han explicat si perquè les neurones no sé què i de l'alcohol he anat a mil xerrades a l'institut i mai m'han dit en realitat que afecta el fetge... tampoc t'expliquen".*

☉ Noi: *"Ningú et diu que t'afecti al cervell, et quedis més tonto".*

☉ Noia: *"Això no ho expliquen, clar! Poca informació jo crec".*

☉ Noia: *"A mi això tampoc mai m'ha arribat informació si afecta o no al cervell".*

☉ Noia: *"No es coneix tant com el tabac per exemple, un "cigarro" no sé que dels pulmons, no es coneix tant, però jo crec que deu afectar".*

B. **No se'n fa cas.** D'altres joves expressen una realitat marcada per la desestimació de la informació que s'ha recollit en relació a l'afectació de l'alcohol sobre la salut, tal i com ho evidencien els següents comentaris:

☉ Noia: *"No s'hi fa cas".*

☉ Noia: *"Xerrades al "cole" i tot ja te'n venen a fer".*

II. Variables influents

Aquesta categoria recull les argumentacions dels factors que es troben vinculats amb el risc per a la salut generat per la ingesta de begudes amb contingut alcohòlic, centrades en la magnitud de consum, el policonsum i l'atzar.

A. Magnitud de consum. La primera variable mencionada pels participants en relació al risc per a la salut fa referència a la quantitat d'alcohol consumida.

1. **Només en excés.** Aquesta categoria té a veure amb el consum excessiu d'alcohol com a element de risc per a la salut.

Exemples:

Ⓢ Noi: *"En tot "lo" general en que un s'excedeixi genera riscos".*

Ⓢ Noi: *"Si jo cada dia bec vi o cervesa o una petita quantitat sé que no és dolent i sé que no és "lo" mateix emborratxar-te un dia a la setmana o això que està cada dia allà "matxacant" que és el que fa molta gent".*

Ⓢ Noi: *"Jo veig gent del meu poble amb 30 anys que cada dia està al bar... que tot el que guanyen és per sortir, és tot el dia al bar i anar fent... el "carajillo" o la seva cervesa, el seu "cubata", "cubates", "cubates", "cubates", saps? Això sí que és fotut, hi ha gent no sé que pensa, "osti" amb 50 anys estarà amb el fetge que els hi haurà explotat, no?".*

B. Policonsum. Una segona categoria de risc per a la salut apunta al policonsum, ja sigui de diverses substàncies o bé de begudes diferents.

1. **Substàncies.** Els comentaris registrats en aquesta subcategoria connecten amb la conducta de consumir diferents drogues.

Exemples:

Ⓢ Noi: *"Si només fos alcohol però el problema és que es barregen moltes drogues".*

Ⓢ Noi: *"La persona que surt a "pillar-la a saco" a rebentar-ho tot, doncs s'emborratxarà però també es fotrà pel nas".*

Ⓢ Noi: *“Si fiquem efectes combinats d’alcohol, cànnabis per exemple o alcohol o cocaïna i altres coses el cos... tot i així jo fumo marihuana, costo, fumo porros, ah... si fumo porros no bec tant, sinó en fumo pues bec més... anar fent una cosa i l’altra quedés més ple... quan només tens alcohol, no pots parar”.*

Ⓢ Noi: *“Si fumes porros i et fots “cubates”, agafes un globus, vull dir que no és comparable, saps?... això també et perjudica molt més”.*

2. **Barrejar begudes.** D’altres persones situen en posició de risc per a la salut la ingesta de begudes alcohòliques diferents en una mateixa ocasió.

Exemple:

Ⓢ Noi: *“No serà el mateix beure el mateix tota una nit que anar canviant de tipus de beguda”.*

- C. **Atzar.** Aquesta subcategoria queda definida per les respostes dirigides a dotar de probabilitat el risc per a la salut. També s’inclouen en aquest grup les creences d’invulnerabilitat detectades entre els participants.

1. **Probabilitat.** El judici sobre el risc per a la salut mostrat a continuació es troba relacionat amb la idea que el risc és una qüestió de probabilitat o d’atzar i per tant el consum d’alcohol pot no provocar afectacions:

Ⓢ Noi: *“Pot ser que no et passi res...”.*

2. **Invulnerabilitat.** Molts dels universitaris creuen que els perjudicis que coneixen sobre els consum d’alcohol no els afectarà a ells, sinó a les altres persones.

Exemples:

Ⓢ Noi: *“Ningú creu que li pugui passar”.*

Ⓢ Noi: *“Si jo estigués tot el dia fotent-me “cubates”, doncs potser sí que m’hauria de plantejar però jo tampoc crec que mai m’he de plantejar, hòstia”.*

Ⓔ Noia: *“La gent pensa, ah jo no... i molta d'aquesta gent que ho pensa és que als 25-30 anys, la majoria estan en centres de desintoxicació i deshabitació”*.

Ⓔ Noia: *“Penses que... quan ja no sortís tant o així ja no beguis tant, “pues” ja estarà, ha estat una època de la teva vida que per això no t'afectarà pas que tinguis... jo què sé cirrosis o així, “vale”, que sí que pot influenciar però tampoc...”*.

III. Conseqüències

Aquesta categoria comprèn les diferents conseqüències esmentades pels participants de l'estudi. Aquests diferenciaren els danys produïts immediatament després del consum d'aquells que poden aparèixer a llarg termini.

A. Immediates. Els efectes perjudicials experimentats poca estona o pocs dies després de prendre begudes alcohòliques fan referència a la salut física, psicològica, així com a repercussions socials.

1. Salut física. En aquesta categoria s'han inclòs totes aquelles expressions que es corresponen amb afectacions contigües al consum d'alcohol a nivell físic, com són l'aparició de refredats, estats de coma, l'increment de calories ingerides, així com l'experimentació d'una possible hemorràgia.

a) Refredat. Alguns estudiants opinen que el consum d'alcohol disminueix les defenses i és possible contreure refredats.

Exemple:

Ⓔ Noi: *“Si surts per barraques de Girona segur que s'agafen molts de constipats perquè amb l'alcohol les defenses baixen i l'endemà et notes el coll tapat, una mica de constipat i aquestes coses”*.

b) Coma. En aquest punt s'integren les declaracions en relació a la possibilitat d'assolir un estat de coma després d'haver consumit alcohol.

Exemples:

Ⓢ Noi: "Conec molta gent que s'ha quedat tirada en el lavabo i l'han hagut de portar a l'hospital"

Ⓢ Noi: "Pots agafar comes etílics".

c) **Interferència en la dieta.** Es posa de manifest la quantitat de sucre, i per tant de calories, que contenen les begudes amb contingut alcohòlic, amb el perjudici que provoca en cas de realitzar dietes alimentàries, tal i com ho argumenta la següent estudiant:

Ⓢ Noia: "*Moltes noies: "ai ai, la dieta" i el cap de setmana es foten alcohol per un "tubo" i això és el que més sucre que t'estàs fotent en tot el dia i no en són conscients d'això*".

d) **Hemorràgia.** La darrera subcategoria detectada dins les afectacions físiques immediates guarda relació amb la possibilitat de que es produeixi una hemorràgia en cas de ferida.

Exemple:

Ⓢ Noi: "*Si et fas mal com que... les dilatacions et pots "dessangrar" més fàcilment*".

2. **Psicològics.** A continuació s'esmenten els efectes psicològics que pot tenir el consum de begudes alcohòliques, els quals principalment fan referència a la pèrdua de control.

Exemples:

Ⓢ Noia: "*T'ho expliquen el dia següent i dius: què he fet?*"

Ⓢ Noia: "*No tens el control en tu mateix*".

Ⓢ Noia: "*Pots fer coses que quan estàs normal no faries. Penses què he fet, no?*"

- Ⓢ Noia: “No saps “lo” que fas i “bueno” pots estar en una discoteca i fent coses que tu normalment no faries”

3. **Socials.** Les afectacions descrites a continuació pertanyen a l'esfera social i es refereixen a un sentiment d'indefensió, l'aparició de baralles, així com d'accidents.

- a) **Indefensió.** En aquest punt s'aglutinen les opinions que recauen en la feblesa o indefensió en la interacció amb les altres persones que es produeix en haver pres alcohol.

Exemples:

- Ⓢ Noia: “Estàs més indefens, les noies també potser més”.
- Ⓢ Noia: “Que estiguis a una discoteca i vingui algú i s'aprofiti o coses així”.

- b) **Baralles.** Els danys socials relacionats amb l'aparició de conflictes o baralles es concentren en aquesta subcategoria.

Exemples:

- Ⓢ Noia: “Algunes baralles i la majoria és perquè venen borratxos”.
- Ⓢ Noia: “A vegades l'alcohol comporta violència, violència comporta un conflicte entre grups de persones, entre una persona i una altra, entre tu i la paret, perquè a vegades s'han trobat casos, saps?”.

- c) **Accidents.** Les argumentacions detallades en aquesta subcategoria s'articulen entorn als accidents, ja siguin de trànsit o bé d'altres infortunis com són les caigudes.

- (1) **Caigudes.** Alguns universitaris són de l'opinió que el consum d'alcohol pot propiciar caigudes susceptibles de

generar danys, tal i com s'observa en la valoració presentada tot seguit:

☉ Noi: *"Pot ser que empasseguis per una vorera i t'obris el cap..."*

(2) **Trànsit.** Els accidents de trànsit constitueixen una subcategoria esmentada amb recurrència entre els participants.

Exemples:

☉ Noia: *"Va venir un accident de moto, au! Anava borratxo" [es refereix al servei d'urgències].*

☉ Noia: *"Accidents de trànsit i accidents que no només, que en tens tu la culpa. Vull dir que... la persona que va tranquil·lament a les 6 del matí perquè és un "pringat" pobre home i li toca anar a treballar el diumenge el matí... i pam, va aquell "tio" mig borratxo i se l'emporta per endavant. I el noi no es mort i l'altre sí, fot ràbia".*

☉ Noia: *"Els de cotxe un tant per cent molt alt són gent que van passada".*

☉ Noi: *"Pot ser... que agafis el cotxe i et matis a la primera "curva"".*

B. A llarg termini. Aquesta subcategoria engloba les idees que es refereixen als perjudicis per a la salut percebuts que es produeixen després d'una llarga etapa de consum d'alcohol. Novament es diferencien efectes sobre la salut física, mental i de l'àmbit social.

1. **Salut física.** Els perjudicis físics de l'alcohol van dirigits bàsicament a les afectacions hepàtiques.

a) **Cirrosi.** La cirrosi o bé l'afectació del fetge en general és el dany contemplat en aquesta subcategoria.

Exemples:

🗨️ Noia: “*Cirrosis*”.

🗨️ Noia: “*El fetge*”.

🗨️ Noia: “*Afecta al fetge*”.

2. **Salut mental.** Les afectacions mentals que l'alcohol produeix a llarg termini tenen a veure, segons els participant, amb una situació d'estrès o bé un estat de dependència.

a) **Estrès.** En aquest punt s'inclou la referència a l'aparició d'una alteració de l'organisme en forma de tensió aguda o estrès.

Exemple:

🗨️ Noia: “*A l'estrès*”.

b) **Dependència.** Alguns participants es fan ressò de la possibilitat d'adquirir una dependència a l'alcohol després d'un consum continuat d'aquesta substància tal i com ho narra la següent estudiant universitària:

🗨️ Noia: “*Aquesta addicció pot afectar-te tota la vida*”.

3. **Socials.** Els problemes socials i de baixa qualitat de vida derivats del consum d'alcohol són reunits en aquest apartat.

a) **Problemes socials.** Aquesta subcategoria integra les impressions dels participants sobre els problemes familiars, laborals, i econòmics que pot portar, a llarg termini, el consum d'alcohol. En són exemple les següents expressions:

🗨️ Noi: “*Poden derivar en problemes familiars, socials...*”.

🗨️ Noia: “*Les persones addictes és que l'afecta per tot: la família, a tu mateix com a persona, al treball, la teva economia...*”.

- b) **Baixa qualitat de vida.** Una disminució de la qualitat de vida també ha estat atribuïda al consum d'alcohol.

Exemples:

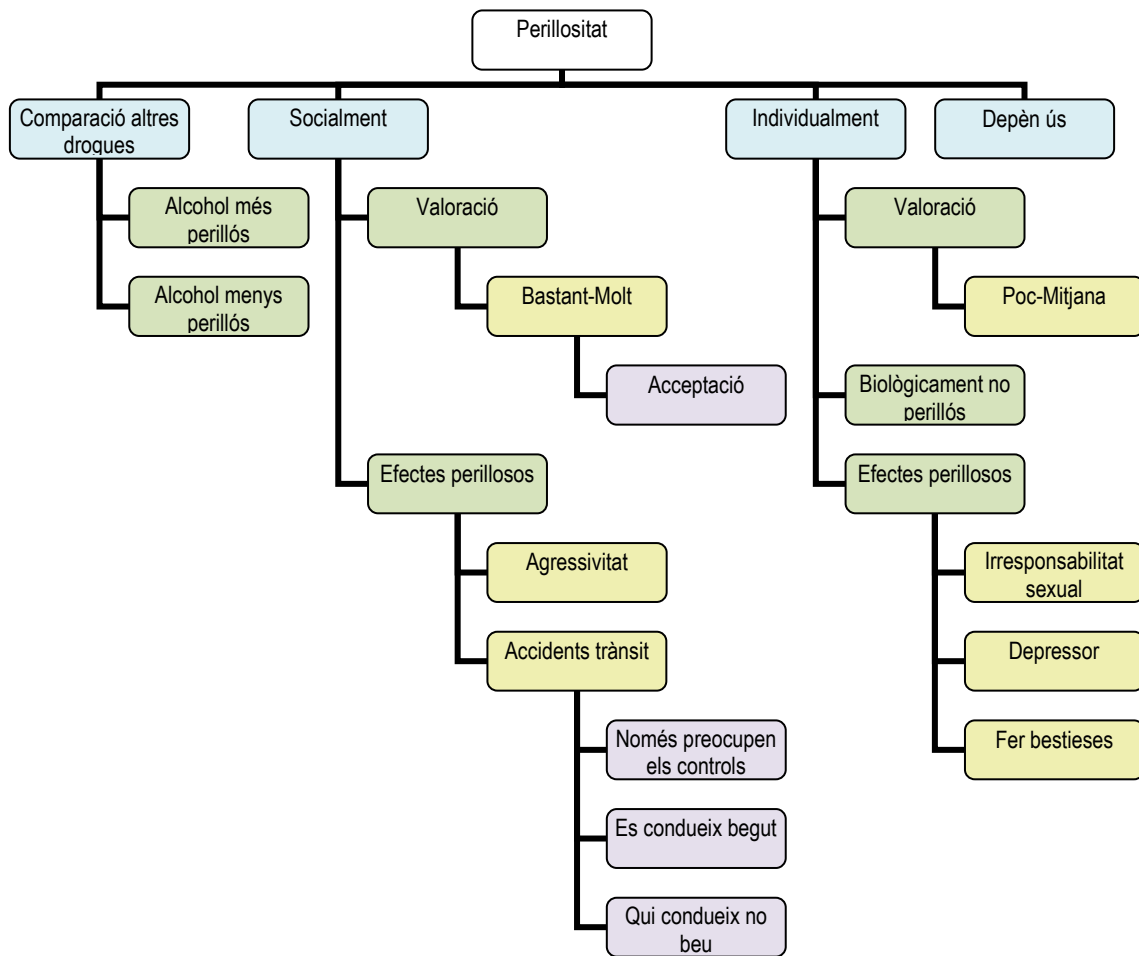
- Noia: *“La qualitat de vida baixa, casos d'esportistes que anaven molt bé i quan arriben a una edat com que comencen a “tontejar” amb això i baixa el rendiment en picat i se'ls hi envà la carrera d'esportista a la merda”.*
- Noia: *“Conec moltíssima gent la seva vida es redueix... en treballar en un “curro” que no li agrada gens... per poder tenir diners per a poder sortir el cap de setmana i “pillar-la” i després tornar-hi... la seva vida es resumeix en això i jo trobo molt més greu tenir aquesta vida que pas “lo” que pugui repercutir per la teva salut, perquè viure així...”.*

6.2.6. Perillositat del consum d'alcohol

Els resultats que es mostren a continuació (esquema 6.2.6.1.) tenen per objectiu l'anàlisi de la perillositat percebuda de l'alcohol. Amb aquesta finalitat es va comunicar als joves:

A l'enquesta vàrem demanar als estudiants que valoressin el nivell de perillositat del consum d'alcohol de l'1 al 5 on: 1- significava gens perillós, 2- poc perillós, 3- perillositat mitjana, 4- bastant perillós i 5- molt perillós. De mitjana va aparèixer un valor de 3.28, per tant, mitjana. Vosaltres què en penseu?

Esquema 6.2.6.1.: Perillositat percebuda del consum d'alcohol



I. Comparació amb altres drogues

Aquesta categoria conté les opinions dels joves en relació a la perillositat de l'alcohol respecte de l'amenaça percebuda en altres drogues, valorant-la alguns com a més perillós, si bé d'altres creuen en l'existència d'altres substàncies més nocives que l'alcohol.

- A. Alcohol més perillós.** En aquest punt s'engloben els judicis que vinculen l'alcohol a una major perillositat i més conseqüències socials negatives respecte d'altres substàncies.

Exemples:

- ☉ Noi: "La gent que fuma porros... ningú et vindrà agressiu, en canvi l'alcohol, hi ha gent que reacciona sent molt sociable i hi ha gent que li ve per buscar merdes".

- Ⓢ Noia: *“Pastilles biològicament sí però ja estan mal vistes i costa diguéssim més d'aconseguir i hi ha menys nombre de gent que les consumeix, perquè està més mal vist és com més de “tirat” en certa manera”.*
- Ⓢ Noi: *“La majoria de baralles, a qualsevol lloc, és perquè va borratxo, la majoria d'accidents gent que va borratxa, saps? Que sí que et trobaràs algun que anava fumat, “vale”? O que anava “encocat” també”.*
- Ⓢ Noia: *“Jo valoraria l'alcohol més perillós en el sentit, ja no de tu mateix, sinó que l'alcohol és això: els accidents, les baralles i tot això... el tabac en principi no”.*

B. Alcohol menys perillós. En aquesta subcategoria hi apareixen afirmacions en relació a l'existència de drogues més perilloses que l'alcohol.

Exemples:

- Ⓢ Noi: *“Si comparem amb altres drogues potser sí que sembla que l'alcohol li podem posar un 3 si ho comparem amb la cocaïna, l'heroïna que podríem posar un 5 o així”.*
- Ⓢ Noia: *“Són molt més addictives les pastilles, l'heroïna, i això”.*
- Ⓢ Noi: *“El cos ho elimina ràpidament, com altres drogues tarden un mes, el cànnabis tarda un mes a eliminar-se de l'organisme però l'alcohol tarda dies, no sé quants però tarda pocs dies”.*
- Ⓢ Noia: *“Als porros sempre he sigut molt reticent... no em vull tornar gilipolles perduda, ni vull tenir cap esquizofrènia... i vull poder realitzar la meva feina com... com un altre. Si haig de tractar gent com aquesta, la tracto però jo com ells no m'hi penso tornar”.*
- Ⓢ Noia: *“Penso que hi ha drogues molt més... perilloses que igualment estan a l'abast i a vegades la gent no ho veuen”.*

II. Socialment

La valoració de la perillositat de l'alcohol a nivell social s'ha recollit en aquesta categoria, així com s'esmenten els efectes perillosos també a l'esfera social.

A. Valoració. L'avaluació que els estudiants fan de la perillositat de l'alcohol a nivell social és en general força elevada tal i com es presenta en la següent subcategoria.

1. **Bastant-Molt.** En aquest punt es mostren les opinions dels universitaris d'acord amb una perillositat elevada de l'alcohol pel que respecta als possibles efectes adversos o repercussions a nivell social o en relació a altres persones.

Exemples:

- ☉ Noia: "4 o 5".
- ☉ Noi: "*De cares els altres és el que fa més mal penso*".
- ☉ Noi: "*L'alcohol de cares a tu és el que fa menys mal però de cares a altra gent si fa més mal que altres drogues*".
- ☉ Noia: "*Sí, el tabac en el tema de salut sí perquè si tu fumes en un lloc tancat afecta a la teva salut i els del teu voltant, però l'alcohol pot provocar accidents, baralles, etc, etc., mil coses més*".

- a) **Acceptació.** Algun participant exposa que l'elevada perillositat de l'alcohol radica a la seva gran aprovació a nivell social.

Exemple:

- ☉ Noia: "Jo crec que l'alcohol... com que està ben vist i culturalment és acceptat, això la fa molt perillós".

- B. **Efectes perillosos.** Les conseqüències perilloses del consum d'alcohol a nivell social responen a dos aspectes diferenciats com són l'agressivitat i els accidents.

1. **Agressivitat.** En aquesta subcategoria es tenen en compte les narracions que associen la ingesta de begudes amb contingut alcohòlic amb l'aparició de violència i conductes agressives.

Exemples:

- Ⓢ Noi: *“Hi ha molta gent que reacciona amb agressivitat, no?”*
- Ⓢ Noi: *“Descarreguen adrenalina”.*
- Ⓢ Noi: *“L'alcohol, hi ha gent... que li ve per buscar merders”.*
- Ⓢ Noia: *“No sap controlar-se i després, què passa? Destrossem el mobiliari públic, eh! no clar!”.*

2. **Accidents trànsit.** Els accidents de trànsit conformen la segona subcategoria dels efectes perjudicials de l'alcohol a nivell social, i en són exemple els següents comentaris:

- Ⓢ Noia: *“Accidents de trànsit”.*
- Ⓢ Noia: *“Va venir un accident de moto, au! Anava borratxo”.*
- Ⓢ Noi: *“Les conductes secundàries del consum de l'alcohol poden comportar molt risc i ser molt perilloses per exemple... agafar el cotxe”.*

a) **Només preocupen els controls.** En relació als accidents de trànsit alguns joves pensen que la única preocupació que té un jove quan decideix conduir després d'haver begut alcohol és l'existència d'agents policials realitzant controls d'alcoholèmia, en lloc de la reducció de la seguretat que suposa conduir sota els efectes de l'alcohol.

Exemples:

- Ⓢ Noia: *“A vegades la gent es preocupa més per si hi haurà un control que no pas per si agafa el cotxe”.*
- Ⓢ Noia: *“A vegades es preocupen més per si hi ha un control policial que no pas per si em passarà “algo” a mi”.*

- b) **Es condueix begut.** En aquest punt es presenten les declaracions dels joves en relació a l'existència de persones que condueixen tot i haver pres begudes alcohòliques.

Exemples:

- ④ Noia: *"Hi ha molta gent que agafa el cotxe igual, eh".*
- ④ Noia: *"Hi ha gent que t'ho explica i és com un mèrit: "Buah", és que aquell dia anava "tajat" i vaig agafar el cotxe" i tu estàs pensant "ost!"*.
- ④ Noia: *"Jo controlo, jo controlo i el "tio" no anava bé, anava bé, però això ho duies a la sang, vull dir".*

- c) **Qui condueix no beu.** D'altres persones afirmen que al seu entorn qui condueix no pren alcohol, o bé perquè s'ha pres consciència del risc que suposa, per pressió dels amics o bé per evitar multes de trànsit.

Exemples:

- ④ Noia: *"Cada vegada més la gent que condueix pensa no he de beure, perquè amb els meus amics qui condueix no beu".*
- ④ Noia: *"Jo no em pujo al cotxe amb algú que hagi begut... vulguis o no, ja no és per tu mateix, sinó que els teus amics ja t'obliguen a que no beguis, perquè si saben que si beuràs no, no et deixaran marxar o marxaràs tu sol, no? I clar, després vulguis o no tenir enfadats als amics..."*.
- ④ Noi: *"Moltes moltes són molt cares i treuen molts punts i la gent s'espanta i no ho fa".*


III. **Individualment**


Tot seguit es presenten el recull de comentaris respecte a la valoració de la perillositat que suposa el consum d'alcohol per a les persones, la reflexió sobre la baixa perillositat biològica i els efectes perillosos de l'alcohol per l'individu.

A. Valoració. L'avaluació de la nocivitat personal de l'alcohol és baixa, entre poc i mitjana.

1. **Poc-Mitjana.** Aquest punt fa referència a una valoració entre poc i mitjana de la perillositat individual d'aquesta droga.


Exemples:

 Noia: *"Jo ho veig bé perillositat mitjana"*.

 Noi: *"Si comparem amb altres drogues potser sí que sembla que l'alcohol li podem posar un 3"*.

 Noia: *"Jo seria com la mitjana"*.

B. Biològicament no perillós. Aquesta subcategoria queda definida per les opinions de la poca perillositat que suposa en la biologia o l'organisme de les persones atès que és considerada una droga tova. Serveixen d'exemple les següents afirmacions:

 Noia: *"L'alcohol... biològicament la composició... és mitjanament perillosa perquè no és una droga dura"*.

 Noi: *"Biològicament no, perquè el cos ho elimina ràpidament"*.

C. Efectes perillosos. L'enumeració de les diferents conseqüències nocives pel propi individu que pren alcohol es refereixen en aquesta subcategoria i guarden relació amb: la irresponsabilitat sexual, l'efecte depressor de l'alcohol i la realització de bestieses.

1. **Irresponsabilitat sexual.** Alguns joves confessen que després d'haver pres alcohol augmenta la probabilitat de mantenir relacions sexuals desprotegides.

Exemples:

Ⓜ Noi: *“La responsabilitat per exemple en el sexe, jo per exemple si he anat torrat no he sigut gens responsable amb conductes sexuals”.*

Ⓜ Noi: *“Les conseqüències secundàries... de l'alcohol, poden comportar molt risc i ser molt perilloses per exemple... la irresponsabilitat”.*

2. **Depressor.** L'efecte depressor del SNC de l'alcohol ha estat comentat per alguns estudiants i es recullen en aquesta subcategoria.

Exemples:

Ⓜ Noi: *“L'alcohol... penso jo que et deixa més... “tirat”, no és gens estimulants l'alcohol, és depressiu. Les altres drogues la majoria són estimulants o al·lucinògenes, t'activen. Aquesta t'apagues... i si has de fer qualsevol cosa...”.*

Ⓜ Noi: *“El primer efecte és una baixada en pica”.*

Ⓜ Noia: *“Pot passar que a vegades t'adormis”.*

Ⓜ Noia. *“Per això la frase de dormint la mona”*

Ⓜ Noia: *“Quan bec jo què sé tres i un “xupito”, que per mi és molt, doncs és entrar el cotxe i dormir-me però és que dormir-me i potser no em desperto fins... sí sí”.*

3. **Fer bestieses.** En aquest punt apareixen les expressions que apunten que després de prendre alcohol és probable la realització d'actes impropis.

Exemple:

- Noi: *“Jo li posaria un 4 o un 5, les reaccions que tens quan vas alcoholitzat “pues” tenen això... pots dir bestieses i fer bestieses i després si agafes el cotxe...”*.

IV. Depèn de l'ús

En la valoració de la perillositat percebuda de l'alcohol alguns estudiants puntualitzen que aquesta varia en funció de l'ús que se'n fa.

Exemples:

- Noi: *“És que pot ser gens perillosa depèn de l'ús que en facis o molt perillosa, com d'altres”*.
- Noi: *“Estem parlant d'això de borratxeres, no? Té un efecte màxim... Jo veig gent gran que van tot el dia torrats com aquell qui diu perquè ara beuen una cervesa ara fan el “carajillo” ara fan el no sé que d'all i sempre és manté, ja tenen molt d'alcohol a la sang o sigui ja seria però que ja els hi veus que són alcohòlics”*.

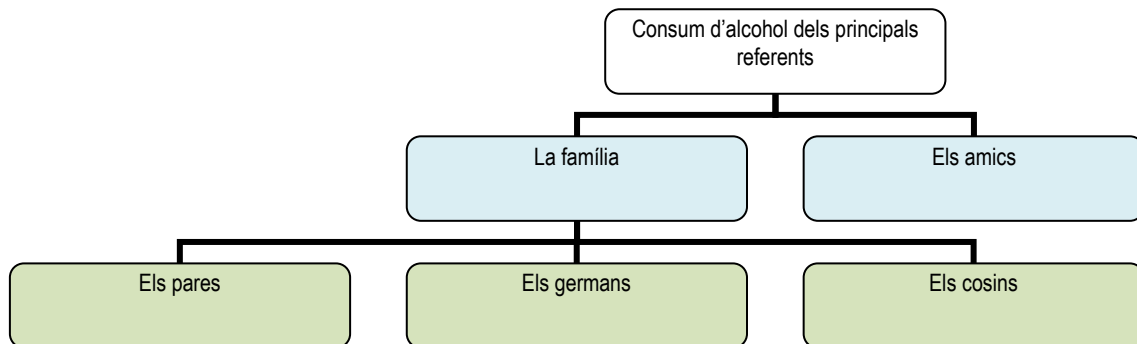
6.2.7. Consum d'alcohol dels principals referents

S'ha procedit a l'anàlisi del consum d'alcohol de les persones de l'entorn, els resultats de la qual es presenten a l'esquema 6.2.7.1.. L'explicació que es facilità als participants fou:

A l'estudi hem descobert que consumeixen més alcohol les persones que tenen amics, pare, mare o germans consumidors. Penseu que si el vostre entorn més proper consumeix és més fàcil que acabeu consumint?

Qui penseu que pot tenir més pes: pares, germans o amics?

Esquema 6.2.7.1.: Consum d'alcohol dels principals referents.



I. **La família**

En aquesta categoria s'agrupen els comentaris relacionats amb l'efecte de la família en el consum d'alcohol, de forma especial el pare i aquells que sovint comparteixen generació: germans i cosins.

A. **Els pares.** L'efecte de modelat que exerceix el consum d'alcohol per part dels pares dins l'àmbit familiar, especialment el progenitor, queda recollit en aquesta subcategoria.

Exemples:

- ☉ Noia: "Si a casa teu, són acostumats, hi ha pares que surten, no? Els caps de setmana i un "cubata" i no sé que. Vulguis o no, potser quan tens 18-19-20 anys, no, però quan ets més petit... doncs penses si ho fa el meu pare doncs no deu ser tan perjudicial per mi".
- ☉ Noia: "Jo crec que si ets petit sí que pot influir, perquè si el meu pare ho fa no passarà res".
- ☉ Noia: "Jo tota la vida que he vist al meu pare beure vi a casa i al cap de setmana que beguin caves i si algun "xupito" també el fan i en festes, i he vist al meu pare una mica "contentillo" en els casaments en els que tots hi van...".

B. **Els germans.** L'existència de germans que prenen alcohol pot propiciar el consum d'alcohol.

Exemples:

- Noia: “*Si el teu germà gran ho fa doncs tu perquè no?*”.
- Noia: “*Si el germà gran beu i si acostuma a beure i no sé què doncs, no que t'hagi d'afectar però que és més...*”.
- Noia: “*O que te'l trobes i et convida, això també es veu molt*” [es refereix al germà].

C. Els cosins. En aquest punt s'exposa la influència dels cosins en la ingesta de begudes alcohòliques.

Exemple:

- Noia: “*Jo no tinc germans grans però tinc un cosí que sempre hi sortia abans i sempre em volia convidar però jo sempre deia que no, no? Jo una coca-cola, perquè és que no m'agrada, però si jo hagués sigut algú que li agrada l'alcohol segurament més d'una vegada m'hagués emborratxat amb el meu cosí*”.

II. Els amics

Aquesta categoria comprèn les reflexions sobre la força dels amics a l'hora de consumir alcohol.

Exemples:

- Noia: “*També pel que veus que és normal si tu tota la vida has vist que els teus pares estan bevent o que els teus amics beuen cada setmana “pues” també considerés normal i que no ha de passar res*”.
- Noia: “*Perquè a la fi i al cap, és amb ells amb qui surts i amb qui... et pots exposar a beure*”.
- Noia: “*No crec que hi hagi molta gent fent “cubates” a casa seva amb els seus fills... si que quan t'exposes a beure ho fas amb els amics, germans, ho fas fora de casa*”.

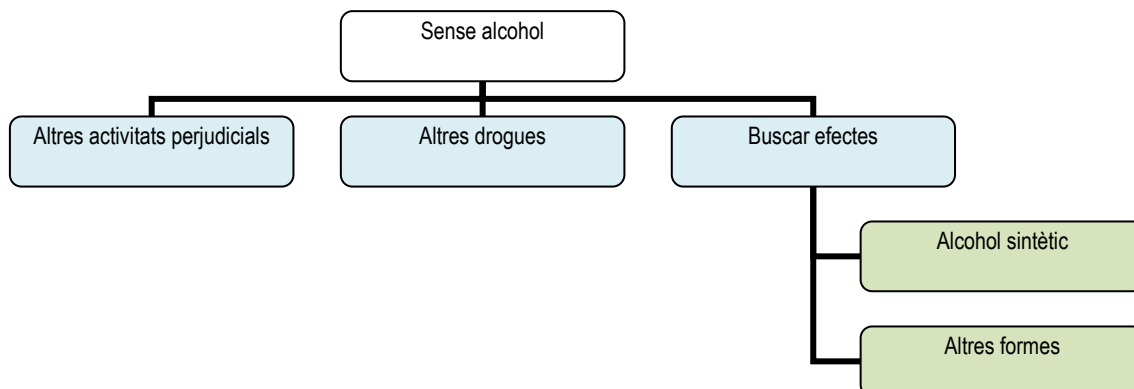
6.2.8. Alternatives d'oci

A fi i efecte d'analitzar les alternatives al consum d'alcohol en situació d'oci, sobretot oci nocturn es va exposar als participants una situació hipotètica, irreal on desapareixia l'alcohol. A continuació se'ls demanava què farien sense la possibilitat d'adquirir aquesta substància. Concretament se'ls relatà:

A continuació m'agradaria plantejar-vos una situació fictícia. Ens hem d'imaginar que per algun motiu des d'avui mateix l'alcohol ha desaparegut i no hi ha cap forma possible d'aconseguir-ne. Què creieu que passaria? Quines alternatives podríem tenir o què creieu que fariem?

Les principals categories i subcategories detectades es mostren a l'esquema 6.2.8.1.

Esquema 6.2.8.1.: Alternatives d'oci



I. Altres activitats perjudicials

Els joves declaren que en cas de desaparèixer l'alcohol probablement es realitzarien altres activitats, però possiblement aquestes totes elles serien perjudicials.

Exemples:

© Noia: "A lo millor, fariem altres coses, ves a saber" [es refereix a alternatives perjudicials].

☉ Noia: “Però jo crec que totes perjudicials eh...”.

II. Altres drogues

Les descripcions que s'integren a continuació responen a la hipòtesi de la cerca d'altres drogues en cas de desaparició de l'alcohol.

Exemples:

☉ Noia: “Consumiríem coca, porros i així segur”.

☉ Noi: “Si no hagués existit mai l'alcohol tothom fumaria porros o tothom es prendria les coses segur, és com una necessitat”.

☉ Noia: “La societat necessita vicis. La persona humana... no sé, ho necessitem”.

☉ Noia: “La gent necessitaria “algo”... per desinhibir-se per... divertir-se d'una altra manera”.

III. Buscar efectes

Els comentaris referits en aquesta categoria es troben vinculats a la cerca d'altres substàncies amb efectes semblants com l'alcohol sintètic o d'altres formes equivalents.

A. **Alcohol sintètic.** Alguns participants creuen que s'optaria per la producció d'alcohol de forma sintètica.

Exemples:

☉ Noi: “En comptes de destil·lar una patata per fer vodka “pues” buscaríem una manera més sintètica de fer-ho i s'acabaria fent igual”.

☉ Noi: “Inventaríem una altra droga clarament”.

☉ Noi: “Jo crec que buscaríem els mateixos efectes de manera sintètica, buscar alguna substància que sigui igual”.

- B. Altres formes.** Aquesta subcategoria aglutina les idees dels joves en relació a d'altres formes possibles d'aconseguir els efectes que produeix actualment l'alcohol en cas de no poder disposar-ne.

Exemples:

- ☉ Noi: *"A Aràbia Saudí està prohibit i la gent es fot els suc de fruita quan estan caducats perquè han fermentat, saps? Vull dir... sembla que hi ha una necessitat"*.
- ☉ Noi: *"No ho substituiríem per drogues sinó que en buscaríem un equivalent, penso jo"*.
- ☉ Noi: *"Lo" que sigui més proper a "lo" que ens han tret entre cometes"*.
- ☉ Noia: *"Si no tinguéssim l'alcohol tindriem altres coses que també..."*.

CAPÍTOL 7. DISCUSSIÓ



7.1. FASE QUANTITATIVA

7.1.1. PATRONS DE CONSUM D'ALCOHOL

7.1.1.1. Estatus de consum

La prevalença de consum d'alcohol de la mostra d'estudiants universitaris analitzada se situa al 65%, essent el gènere una variable diferenciadora d'aquest estatus de manera que existeixen **més nois consumidors (71%)** que noies (59.5%) en tots els grups d'edat a excepció del grup d'edat més jove (entre 17 i 18 anys) i el més gran (a partir de 30 anys) en els quals estan igualats els percentatges.

Aquest percentatge es mostra equivalent a l'informat pel *National Center For Health Statistics* (2009) en població dels Estats Units d'entre 18 i 44 anys (65.8%). No obstant, la prevalença de consum del present estudi és inferior a l'observada entre estudiants universitaris sud americans atès que entre aquests es detecten entre un 82.2% i un 94.3% de joves consumidors d'alcohol (Chau i Oblitas, 2007; Londoño i Valencia, 2008; Mora-Ríos i Natera, 2001; Zárate et al., 2006). En el mateix sentit, el 65% de joves consumidors detectats en el present treball també es mostra lleugerament inferior a les prevalences descobertes a l'Estat Espanyol amb població adulta jove universitària les quals majoritàriament superen el 70% (Alberdi et al., 2007; FAD, 2006; Gómez i Gómez, 2001).

La tendència observada en la majoria dels estudis coincideix amb les troballes d'aquest treball en una desigualtat del consum entre gèneres amb una major prevalença de consum entre els homes (Chau i Oblitas, 2007; FAD, 2006; Fu et al., 2006; Harrell i Karim, 2008; National Center For Health Statistics, 2009; Talbott et al., 2009). Concretament el *National Center For Health Statistics* (2009) observà un percentatge de consum del 60.4% en noies mentre que del 71.4% en nois. De forma similar, els autors Chau i Oblitas (2007) notaren diferències lleugerament superiors en el consum dels universitaris (89.1%) vers les estudiants (74.8%). Paral·lelament, a Espanya la FAD (2006) també afirmà que entre els joves consumidors, s'hi descobria una majoria de nois (74.8% nois i 66.6% noies).

Val a dir però, que Mora-Ríos i Natera (2001) detectaren un major consum entre les noies d'entre 20 i 22 anys, si bé aquest patró s'invertí en arribar als 23-25 anys. Aquests resultats concorden

amb la tendència suggerida en alguns estudis a la reducció de les diferències en els patrons de consum entre nois i noies de generacions més joves, tal i com ho evidencien les dades d'aquest treball, així com el d'una recerca prèvia realitzada entre 1,624 adolescents d'entre 14 i 18 anys de la ciutat de Girona on es trobà una prevalença de consum del 20.9% sense diferències rellevants entre ells (21.7%) i elles (20%) (Salamó et al., 2010). D'altres exemples són els treballs d'Orgaz et al. (2005) els quals en un estudi realitzat a Toledo amb 625 estudiants d'ESO i Batxillerat d'entre 13 i 18 anys descobriren una prevalença de consum setmanal del 69.6% (70.1% nois i 69.1% noies).

El nombre de consumidors d'alcohol es manté estable amb l'edat no detectant diferències en l'estatus a mesura que aquesta augmenta. Aquest resultat es troba en consonància amb l'estudi portat a terme per Chau i Oblitas (2007) els quals tampoc detectaren diferències en funció de l'edat dels participants, tot i que alguns estudis afirmen que el nombre de persones que ingereixen alcohol s'incrementa d'acord amb l'edat passant d'un 59.3% de consumidors entre els 18 i 24 anys a un 68.1% entre els 25 i els 44 anys (National Center For Health Statistics, 2009). El que sí sembla ser una realitat és que els universitaris, de forma general, beuen més alcohol que els adolescents (Castro de la Mata i Zabaleta, 2002, 2004; FAD, 2006; Palmer et al., 2009; Salamó et al., 2010). Palmer et al. (2009) detectaren un consum repetit d'alcohol del 22.3% en la primera onada d'anàlisi d'una mostra de joves de 14.7 anys de mitjana ($DT = 2.1$), mentre que el percentatge ascendí al 65.7% a l'inici de l'adulthood quan els mateixos participants tenien una edat mitjana de 19.8 anys ($DT = 2.3$). A Espanya la FAD mostra un 54.2% de joves d'entre 15 i 16 anys consumidors, incrementant fins el 64.5% als 17-18 anys, assolint la cota màxima entre els 23 i 24 anys (78.3%).

Entre els que consumeixen alcohol són pocs aquells que ho fan entre setmana (4.5%). Aquestes dades coincideixen amb la idea que el consum d'alcohol es concentra durant els caps de setmana i els dies festius, de forma genèrica durant el temps destinat a l'oci nocturn (Expósito et al., 2009; FAD, 2006; García del Castillo et al., 2006; Gómez i Gómez, 2001; Gómez et al., 2007). Recolzen també aquesta idea les troballes de l'estudi de la *Fundación BBVA* (2006) on el consum diari fou practicat únicament pel 3.6% dels 3,000 universitaris analitzats, mentre que en prengueren cada cap de setmana el 61%. De forma similar la FAD (2006) detectà que entre els participants del seu estudi el 63.8% afirmaren prendre begudes amb contingut alcohòlic únicament durant els caps de setmana i les vacances, mentre que tan sols el 7% ho feia tots o quasi tots els dies. La màxima expressió de la preferència de prendre alcohol entre setmana es

detectà en l'estudi de Redondo et al. (2001) el qual després d'analitzar una mostra de 154 universitaris de Salamanca no descobriren cap consumidor d'alcohol en dies laborables. Cal considerar també que Ballester i Gil (2009) descobriren una elevada correlació entre el consum durant els caps de setmana i els estats d'embriaguesa. A més, el consum de cap de setmana correlacionà amb el consum d'alcohol en el grup d'amics, amb l'acceptació de la pressió grupal i el consum patern d'alcohol.

Tot i ser una pràctica minoritària, la **ingesta d'alcohol entre setmana és portada a terme majoritàriament per nois** (7% nois i 1.8% noies). Les diferències de gènere en aquest patró s'evidencien també en la literatura existent (Jiménez-Muro et al., 2009). Viña y Herrero (2004) detectaren un consum diari per part del 2.3% dels nois analitzats així com pel 0.2% de les noies.

No es detectaren diferències en el consum diari en funció de l'edat si bé el *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008a) afirmà que aquesta tipologia de consum era practicada de forma més clara entre els que superaven els 35 anys (14.5%) vers els més joves (4%). Val a dir però que en aquest estudi s'han exclòs les persones que superaven aquesta edat i probablement és per aquest motiu que les prevalences es mostren més baixes i sense diferències per edats. D'altres estudis han detectat una tendència inversa, amb una reducció del nombre de consumidors diaris amb el temps (passant del 3.8% d'estudiants universitaris de primer i segon curs a 2.5% entre els que cursaven tercer) (Alberdi et al., 2007). Aquest punt però mereix un incís atès que quan els autors analitzaren el consum d'alcohol portat a terme els dijous a la nit, patró propi d'estudiants universitaris, el percentatge es veié incrementat d'acord amb el pas del temps passant d'un 1.3% a primer, a un 2.5% a segon assolint el 7.5% a tercer. En el present estudi no es va tenir en compte el consum específic portat a terme únicament els dijous a la nit, sinó que es va preguntar per aquells que consumien alcohol cada dia, fet que pot indicar diferències en aquest sentit.

7.1.1.2. Experimentació amb l'alcohol

Són minoria aquells joves que mai han provat l'alcohol (4%), així com els que afirmen haver abandonat el consum d'aquesta substància (1.1%), si bé, pràcticament un terç de la mostra declara haver provat aquesta substància tot i que no en pren habitualment. El **96% de la mostra ha provat les begudes alcohòliques en alguna ocasió al llarg de la seva vida**, percentatge equiparable als detectats per Gómez i Gómez (2001) i García del Castillo et al. (2006) els quals superen el 90% en ambdós casos; acostant-se a la situació encara més extrema detectada en l'estudi d'Alberdi et al. (2007) el qual no detectà cap universitari que no hagués tastat mai l'alcohol.

L'experimentació amb aquesta substància mostra diferències de gènere en tots els grups d'edat, excepte a l'edat mínima (17-18 anys) i màxima (més de 30 anys), existint entre els no consumidors **més nois que noies que no han provat mai l'alcohol però més noies que nois havent-lo provat no es consideren consumidores**. Aquests resultats suggereixen que les noies tenen més capacitat per no convertir-se en consumidores una vegada que han provat l'alcohol. Viña i Herrero (2004) detectaren un major volum d'universitàries canàries no consumidores entre els participants de la seva recerca. Tot i que aquests no especifiquen si elles havien provat aquesta substància amb anterioritat o no dades del *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2009) apunten que arribats als 18 anys un 92.3% dels estudiants han tastat aquesta substància en alguna ocasió, fet que concorda amb les troballes d'aquest estudi.

L'experimentació amb l'alcohol es mostra molt estable amb l'edat, a diferència dels estudis de Palmer et al. (2009) que detectaren un increment de 25 punts en l'experimentació amb l'alcohol entre els 17 i els 25 anys (passant d'un 67.8% als 17 anys al 90.7% als 25 entre les noies i d'un 65.7% a un 94.3% en el mateix període, en el cas dels nois). En un treball anterior realitzat amb adolescents d'entre 14 i 18 anys de la ciutat de Girona es va observar un clar augment del nombre de consumidors amb l'edat (passant d'un 5% als 12 anys al 41% als 16-17 anys) així com un important descens dels qui mai havien provat l'alcohol (80% als 12 anys mentre que un 20% als 16-17 anys) (Salamó, 2008; Salamó et al., 2010). Aquests resultats suggereixen que els primers contactes amb l'alcohol, així com la consolidació del seu consum esdevenen abans de l'arribada a la majoria d'edat. En aquest sentit, els participants de més de 30 anys del present estudi són consumidors (majoritàriament) o almenys han provat l'alcohol, no detectant-se cap persona que no hagi provat aquesta substància, així com ningú que hagi

abandonat el consum. Aquest fet planteja la necessitat de prioritzar campanyes preventives del consum d'alcohol a l'adolescència per endarrerir al màxim les primeres experiències i evitar així que el consum d'aquesta substància es converteixi en un hàbit sòlid en edats posteriors.

7.1.1.3. Intenció de consum

La intenció de consumir alcohol properament està estretament relacionada amb l'experimentació prèvia amb aquesta substància: entre aquells joves que **no han provat mai l'alcohol són minoria els que tenen intenció de consumir-ne properament**, fet que no esdevé en la mateixa proporció entre aquells que ja han tingut algun contacte amb la substància. La intenció de consum no es veu modificada a mesura que s'incrementa l'edat, ni tampoc existeixen diferències de gènere. Aquestes dades concorden amb l'estudi realitzat per la FAD (2006) el qual evidencià que aquells joves que no havien provat l'alcohol però que tenien intenció de consumir-ne properament representaven una clara minoria (0.5%).

L'associació entre la variable experimentació amb l'alcohol en alguna ocasió i una major intenció de tornar a consumir-lo en un futur estaria en la línia dels resultats trobats per Espada et al. (2000) que també detectaren que aquells joves que havien provat l'alcohol en alguna ocasió tornarien a fer-ho amb major probabilitat que aquells que no ho havien provat mai. Resultats semblants s'han trobat en referència al consum d'altres substàncies com el tabac, per exemple Font-Mayolas et al. (2008) detectaren que aquesta variable era fonamental en la predicció de la intenció de consum futura. Els propis Pallonen et al. (1998) reconeixien que l'experimentació amb cigarretes doblava el risc de convertir-se en un adult fumador. Per altra banda, ens plantejem que el tipus d'intervenció preventiva a realitzar hauria de ser diferent si ens trobem davant un jove que ha provat una substància i per iniciativa pròpia ha decidit no tornar a consumir-ne (no té intenció de consum en un futur pròxim) i els que tampoc tenen intenció de prendre'n pròximament però mai l'han provat i per tant no sabem si aquesta condició canviarà el dia en què decideixin tastar-la.

En qualsevol cas aquests resultats ens reafirmen la necessitat d'incloure aquestes variables en els models d'anàlisi de les etapes d'adquisició en el consum de substàncies atesa la seva rellevància.

7.1.1.4. Etapes d'adquisició del consum d'alcohol

Sis de cada deu joves de l'estudi se situen en l'etapa “consumeix alcohol però no cada dia” segons l'adaptació al model de Pallonen et al. (1998). Si bé no s'ha detectat literatura comparable sobre el procés d'adquisició del consum d'alcohol per etapes en població universitària, aquest resultat es mostra lleugerament inferior al detectat per Alberdi et al. (2007) entre universitaris vascos (70.4% consumidors), així com Gómez i Gómez (2001) en universitaris madrilenys (72.4% consumidors).

Els subjectes que consumeixen alcohol de forma ocasional, majoritaris en la nostra mostra, no troben lloc de classificació en el model de Pallonen et al. (1998) ja que aquests únicament creen una categoria pels consumidors que engloba aquells que ho fan de forma regular (a diari) des de fa menys de sis mesos, quedant sense classificar aquells que fa més temps que consumeixen o bé els consumidors que acostumen a consumir de forma esporàdica i que en definitiva conformen la tipologia majoritària entre els joves consumidors d'alcohol, tal i com es constata en aquest estudi.

El fet que la gran majoria dels joves que consumeixen alcohol no ho fan a diari, suggereix un possible consum de cap de setmana. El consum no diari inclou una casuística marcadament diferent dels consumidors regulars de tabac que es veu reflectit en el model de Pallonen et al. (1998). Aquests resultats indiquen la necessitat d'incloure el consum no diari en el model d'iniciació al consum d'alcohol ja que evidencia el patró de consum d'un gran col·lectiu de joves. Tot i que el col·lectiu de consum esporàdic no quedi reflectit en el model proposat per Pallonen et al., (1998) sí va ser considerat d'alguna forma en models anteriors (Stern et al., 1987; Werch i Diclemente, 1994) quedant inclòs en l'etapa de Manteniment, però sense distinció entre consum diari i esporàdic. En aquests models previs, però, les etapes no presentaven l'especificació temporal en la intencionalitat del consum proposada posteriorment en el model de Pallonen et al. (1998).

Així mateix, i tot i que conformi una categoria menys quantiosa, s'hauria de considerar el cas dels joves que consumeixen alcohol diàriament des de fa més de sis mesos, per donar representativitat a tota la casuística i perquè en la mostra analitzada prevalen respecte als que en consumeixen des de fa menys temps (etapa d'Acció Recent del model original). Aquesta inclusió és imprescindible quan s'analitzen únicament les etapes d'adquisició ja que en tal

situació aquests consumidors quedarien fora de la classificació. En cas d'analitzar-se tot el procés d'adquisició-abandonament aquests joves podrien incloure's en alguna de les etapes d'abandonament del consum d'alcohol (Precontemplació, Contemplació o Preparació) (Migneault et al., 1997).

El MTC es va crear pensant en la seva aplicació al consum de tabac i tot i que posteriorment s'ha utilitzat per l'estudi d'altres substàncies (Prochaska et al., 1994, 2004), ens plantejem la necessitat de tenir en compte les característiques de la conducta a analitzar prèviament a l'aplicació del model per així adaptar-lo a aquesta en funció dels elements que la caracteritzin. Concretament, per una millor classificació per etapes dels joves en l'adquisició del consum d'alcohol, d'acord amb els resultats del present estudi, seria necessari incloure en el model l'experimentació prèvia amb aquesta substància, identificar als consumidors no diaris d'alcohol i incloure als consumidors diaris que porten realitzant aquest consum des de fa més de 6 mesos. Flórez-Alarcón (2001) fan una nova aportació en aquest sentit i suggereixen que la classificació per etapes pot realitzar-se de forma vàlida mitjançant la temporalitat en que els subjectes es plantegen un canvi sense la necessitat d'inclusió d'altres elements com per exemple si han realitzat intents de detenció del consum d'una durada mínima de 24 hores en els darrers 12 mesos donat que els joves que prenen alcohol no acostumen a fer-ho de forma diària i per tant ja passen períodes d'abstinència superiors a 24 hores de forma habitual.

7.1.1.5. Magnitud de consum

La **mitjana de consum detectada en la darrera ocasió** és de **7 UBE**, tot i l'existència d'una gran variabilitat ($DT = 5.36$) amb el valor màxim detectat de 35 UBE i el mínim d'1. Algunes de les recerques que analitzen el consum d'alcohol en població universitària registren el consum comptabilitzant el nombre de copes que els joves van prendre el darrer dia, fet que dificulta la comparació de dades amb aquest estudi. Malgrat aquest fet, la mitjana de copes oscil·la entre les 4 – 6.5 (Cooperación Internacional ONG, 2008; Grossbard et al., 2009; Talbott et al., 2008), resultats que no són contradictoris amb els aportats en aquesta investigació ja que 7 UBE equivalen a: 7 cerveses/copos de vi o cava/xarrups; 3 combinats i 1 cervesa/copa de vi o cava/xarrup; o bé 2 combinats i 3 cerveses/copos de vi o cava/xarrups, entre d'altres possibles combinacions. D'altres treballs analitzaren els grams d'alcohol ingerits, tot i que amb una freqüència setmanal i detectaren que la majoria dels joves universitaris (43.2%) prenia més de 50

grams d'alcohol (5 UBE) a la setmana (19.5% entre 50-99g., 10.5% entre 100-149g., 6.6% entre 150-199 i 6.6% entre 200 i 999g.) (Gómez i Gómez, 2001). Diversos autors sostenen que és freqüent la detecció d'un increment del consum a l'ingressar a la universitat per l'augment de la llibertat en l'elecció del comportament personal i l'experimentació amb nous comportaments adults que, unida a una freqüent sensació d'invulnerabilitat, pot conduir a la ingesta de begudes alcohòliques (Burkey i Stephens, 1999; Mora-Ríos i Natera, 2001; Talbott et al., 2009). Al mateix temps, la cerca intel·lectual i el creixement personal propi d'aquesta etapa ofereixen la possibilitat de transformar la identitat personal i pot portar a considerar aspectes tals com: la decisió de mantenir relacions sexuals, la valoració de conductes relacionades amb el consum de substàncies, la valoració i el significat social dels diners i la feina i el valor de la religió en les seves vides (Camacho, 2005). Un estudi previ realitzat entre 1,624 adolescents gironins d'entre 12 i 18 anys ens permet la comparació de dades amb anterioritat a l'etapa universitària detectant una mitjana de consum entre els adolescents gironins de 7.5 UBE ($DT = 5.7$), essent aquesta lleugerament superior a la dels estudiants universitaris obtinguda en el present estudi, no donant suport a la hipòtesi de l'increment de la magnitud del consum a l'ingrés de l'etapa universitària (Salamó et al., 2010).

Es detecten **diferències de gènere en la magnitud** de consum de manera que com a mitjana els **nois prenen més quantitat d'alcohol** que les noies. Aquestes dades concorden amb les troballes dels autors Fu et al. (2007), Gómez i Gómez (2001), Grossbard et al., 2009 i Mora-Ríos i Natera (2001). Per altra banda, sembla contradir la tendència a la igualació de patrons de consum en nois i noies arrel dels canvis socials produït uns anys ençà (Orgaz et al., 2005; Salamó et al., 2010). Si bé, també és cert que aquesta tendència es veu reflectida en les generacions més joves, amb una consum mitjà en les dones més joves que s'ha duplicat en quatre anys, mentre que les quantitats d'alcohol consumides pels nois s'han mantingut pràcticament estables (European Commission, 2006b).

A mesura que **s'incrementa l'edat disminueix la magnitud de consum d'alcohol** passant d'una mitjana de consum d'alcohol de 8.38 UBE als 17-18 anys ($DT = 5.91$) a 4.30 UBE a partir dels 30 anys ($DT = 3.15$) talment com els estudiants de dret de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) (Gómez i Gómez, 2001). No obstant, aquests resultats es troben en sentit oposat als detectats pels mateixos autors en estudiants de Medicina de la UCM els quals mostraren un increment de la magnitud de consum a mesura que avançaven els cursos. Per altra banda,

Alberdi et al. (2007) descobriren una estabilització de la magnitud de consum entre els estudiants d'infermeria vascos.

No existeixen diferències en la magnitud de consum entre els consumidors diaris o ocasionals, si bé es detecta una interacció amb el gènere de manera que **els nois prenen més alcohol** com a mitjana **quan el consum és esporàdic** (M (nois) = 8.1, M (noies) = 5.9), mentre que quan aquest és **diari són les noies les que efectuen consums de major magnitud** (M (nois) = 6.04, M (noies) = 8.83). Expósito et al. (2009) analitzaren la magnitud de consum de 705 estudiants universitaris de primer curs de la Facultat d'Educació de la Universidad Complutense de Madrid mitjançant una escala tipus likert amb les opcions: 1) molt poc, 2) poc, 3) mig, 4) bastant, 5) molt i 6) tot el que puc, essent la mitjana de consum del cap de setmana 2.62 (3.06 nois i 2.54 noies), mentre que entre setmana 1.24 (1.51 nois i 1.17 noies) de manera que els nois mostraren una major magnitud en ambdues situacions.

L'edat mitjana dels consumidors d'alcohol se situa als 21 anys, sense detectar-se diferències en funció de si el consum es fa diàriament o de forma esporàdica o del gènere.

La beguda preferida pels joves són en primer lloc els combinats (beuratge de major graduació alcohòlica) que coincideix amb la beguda que es tendeix a consumir de forma més abundant. A continuació els joves prefereixen la cervesa, el vi/cava, els xarrups i per últim el conyac i els licors. Aquests resultats recolzen la tendència observada a la substitució del consum de vi a favor de la cervesa i els combinats d'alta graduació, allunyant-se el consum de les pautes de beguda mediterrània associada al consum de vi a diari de forma moderada i vinculada als àpats (Gómez i Gómez, 2001; Redondo et al., 2001). Entre la diversitat que suposa el consum de combinats cal fer esment de la mescla entre alcohol i begudes energètiques atès que Thombs et al. (2010) exposaren que els universitaris nord-americans que havien consumit alcohol barrejat amb begudes energètiques tenien un risc tres vegades major de sortir d'un bar molt ebri (nivell d'alcohol en aire expirat igual o superior a 0.08g/210L), així com un risc quatre vegades superior de conduir a la sortida del bar en comparació amb els clients que consumiren altres tipus de begudes alcohòliques.

No obstant, en la majoria dels estudis, excepte el de Gómez i Gómez (2001) que coincideix amb les nostres troballes, la cervesa es troba en el primer lloc del rànquing de les begudes preferides

pels joves (Chau i Oblitas, 2007; European Commission, 2006b; Londoño i Valencia, 2008). Val a dir que aquesta beguda, **la cervesa, predomina entre aquells consumidors que prenen alcohol a diari**, seguida del vi/cava, mentre que el beuratge menys associat als bevedors en dies laborables són els xarrups, coincidint aquestes dades amb les aportades pel *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008a). Per altra banda, s'han detectat diferències de gènere en la tipologia de beuratge consumit de manera que **els nois tendeixen a beure més cervesa**, així com **conyac/licors**, mentre que **les noies prenen més combinats, vi/cava i xarrups**. Es detecta **una disminució del consum de tots els tipus de begudes a mesura que s'incrementa l'edat**.

A continuació es parlarà del consum excessiu del qual han derivat tres classificacions segons suposi un consum d'alt risc per a la salut (Més de 4 UBE i 2.4UBE en un dia en nois i noies respectivament) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a; OMS, 2008), un consum massiu o *binge drinking* (més de 6 UBE i 4 UBE en una única ocasió en nois i noies respectivament) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b) o bé un consum elevat d'alcohol (supera en dues desviacions típiques la mitjana, a partir de 18 UBE).

CONSUM D'ALT RISC PER A LA SALUT (més de 4 UBE en nois i més de 2.4UBE en noies en un dia) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a; OMS, 2008)

Pel que respecta al **consum d'alt risc per a la salut**, aquest va ser **practicat en la darrera ocasió** per la **majoria dels nois i noies (7 de cada deu joves** que van informar de la magnitud de consum el darrer dia, el que representa el **42.9% de la mostra total d'estudiants universitaris gironins**). Aquest fenomen es produeix de forma més predominant entre **elles** (62.9% nois vs. 75.5% noies), tot i que cal dir que generalment són els nois els que mantenen una magnitud de consum superior a les noies, però elles necessiten menys quantitat d'alcohol perquè els seus consums esdevinguin un risc. Aquest fenomen es produeix en tots els grups d'edat excepte el grup màxim, on a partir de 30 anys tant nois com noies majoritàriament es troben situats sota la categoria de consums de baix risc per a la salut. En general s'observa una **reducció dels consumidors d'alt risc quan s'incrementa l'edat** (passant d'un 76.4% als 17-18 a 33.3% als 30 o més) tant pels nois com per les noies. Els percentatges detectats en aquest estudi excedeixen la prevalença observada per Londoño et al. (2005) els quals detectaren consums d'alcohol a nivells perjudicial per part del 27.8% dels 450 universitaris examinats, així

com un 8.9% d'estudiants que complien els criteris per un diagnòstic de dependència a aquesta substància. També Colby et al. (2009) detectà una major proporció de nois realitzant consums dins la categoria d'alt risc per a la salut que noies (77% vs. 47%), contràriament als resultats obtinguts al present estudi. Per altra banda, un dels objectius fixats per la Generalitat de Catalunya per l'any 2010 és reduir la prevalença del consum excessiu entre la població d'entre 15 i 29 anys atès que el percentatge de consum de risc d'alcohol en el període de 1999-2005, tot i ser inferior al presentat en l'actual investigació, ha passat del 7.5% (9% en homes i 5.8% en dones) al 12.6% (12.9% en homes i 13.3% en dones) en el mateix període amb un clar increment d'aquesta tipologia de consum entre el gènere femení.

Aquests resultats confirmen els obtinguts per altres investigadors en relació a la tendència de les noies a la igualació de patrons de consum característics dels nois quant a inici, experimentació i magnitud de consum (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Salamó et al., 2010). Aquest fenomen s'ha explicat per efecte del model tradicional de socialització diferenciada d'homes i dones, el qual coexisteix amb un nou model d'identitats i rols femení i masculí. Un exemple d'aquest fet ha estat l'assumpció de conductes de risc (per exemple consum de tabac i alcohol) per part de les noies per ajustar-se a la definició del nou rol femení, acostant-se al tradicionalment masculí. No obstant, no es pot oblidar que en el cas del consum d'alcohol nois i noies tenen un procés de metabolització alcohòlica diferent. És a dir, a igual consum les diferències metabòliques es tradueixen en una major concentració d'alcohol en sang en elles, el que suposa una major afectació així com un major risc per a la salut en les noies (Franciscus, 2006).

Els consumidors d'alt risc són com a mitjana un any i mig més joves que els que es troben per sota d'aquest risc a diferència de les dades detectades per Londoño et al. (2005) els quals detectaren una major edat entre aquells universitaris colombians que efectuaven consums perjudicials per a la salut ($M = 21.35$, $DT = 2.93$) en comparació amb els que realitzaven consums més moderats ($M = 20.99$, $DT = 3.6$).

Teruel et al. (2003) destinaren una recerca a esbrinar si la població general tenia coneixement sobre els límits del consum d'alcohol perjudicial per a la salut. Van participar en l'estudi 366 persones adultes que van acudir a centres de salut de Pamplona. Un 76% establí el límit en nivells iguals o menors que el de referència (280 g/setmana en homes i 168 g/setmana en dones,

o 4 g/dia en homes i 2.4 g/dia en dones) (OMS, 2008). Així doncs, les persones majoritàriament tenen un consum congruent amb el que s'estableix com a límit. És a dir, el bevedor excessiu sovint sap on es troba el límit perjudicial, tot i que en moltes ocasions podria infravalorar els efectes del consum excessiu (Teruel et al., 2003).

CONSUM MASSIU o *BINGE DRINKING* (a partir de 6 i 4 UBE en nois i noies respectivament en una única ocasió, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b)

Set de cada deu universitaris consumidors d'alcohol sobrepassen el llindar de l'anomenat **consum massiu o *binge drinking*** és a dir el consum de més de 6 i 4 UBE en nois i noies en una única ocasió (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b), de forma predominant entre **els nois** (73.3% vs. 68%) i sense diferències en funció de si efectuen consums a diari o de forma ocasional. D'altra banda, s'observen **diferències en funció de l'edat** de manera que esdevé una **tendència creixent fins els 19-20 anys, edat a partir de la qual tendeix a disminuir** (passant d'un 34.1% de nois i 39.3% de noies de 19-20 anys, a un 1.4% i 0.9% en nois i noies de 30 o més anys). Prochaska et al. (2004) i Talbott et al. (2009) adverteixen que els dos primers anys a la universitat és una època de transició cap a la independent vida adulta per molts estudiants, i ofereix noves oportunitats d'experimentar estils de vida i comportaments que situa els estudiants en risc d'abús d'alcohol. Aquesta elevada prevalença de consum massiu entre els universitaris més joves reforça la idea de cerca dels efectes embriagants de l'alcohol, fenomen que es dona tant en nois com en noies (Duran et al., 2002; Generalitat de Catalunya, 2008; Gómez i Gómez, 2001). No s'ha detectat cap estudi fins el moment que s'hagi basat en la definició de consum massiu establerta en aquesta recerca (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b), és a dir, continua prevalent la concepció que fa equivaldre al consum massiu la ingesta de 5 o més canyes/copes en una única ocasió. Per aquest motiu la prevalença de consum massiu detectat en la literatura és de difícil comparació. Tanmateix, existeixen punts de concordança en relació a una major freqüència de nois practicant aquesta modalitat de consum (Colby et al., 2009; Harrell i Karim, 2008; Mora-Ríos i Natera, 2001; National Center For Health Statistics, 2009). En relació al consum massiu l'European Commission (2006b) detectà una curiosa interacció entre el gènere i l'edat de manera que a la regió del Bàltic existeixen majors taxes de consum massius ocasional entre les joves (de 20 a 34 anys), en comparació amb els adults de més edat (de 35 a 49 anys), però no en els homes d'Estònia, Letònia, Lituània i Finlàndia. En general, les divergències entre

homes i dones, però, són inferiors entre els adults joves, així com en els adolescents, en comparació amb les detectades en adults de més edat.

L'edat en relació al *binge drinking* difereix d'uns estudis a d'altres. Mora-Ríos i Natera (2001) observaren una propensió a l'augment dels episodis de consum massiu a mesura que s'incrementava l'edat del participant de l'estudi detectant els percentatges màxims entre els 23-25 anys. Malgrat això, els estudis que contempnen rangs d'edat més amplis ofereixen dades en la direcció contrària, detectant una clara disminució del consum massiu a mesura que passen els anys dels joves, en particular a partir dels 25 anys (National Center For Health Statistics, 2009) o els 35 anys (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a). Aquesta dada recolza la idea de Harrell et al. (2009) els quals afirmen que el consum abusiu d'alcohol és normatiu entre els universitaris, si bé la majoria adoptarà un patró més moderat al llarg de la vida, tot i que en algunes ocasions el consum elevat pot ser predictiu d'un consum abusiu posterior.

MAJORS CONSUMIDORS (supera en dues desviacions típiques la mitjana, a partir de 18 UBE)

Quan s'analitzen els majors consumidors d'alcohol del present estudi (definites com aquells que superen en dues desviacions típiques la mitjana del consum) s'observa que 65 persones (un 3% de la mostra global i un 4.7% dels consumidors) es troben en aquest col·lectiu referint un consum igual o superior a 18 UBE, el que equival a un estat d'embriaguesa amb: fortes perturbacions psicosensores, una notable confusió mental, canvis conductuals imprevisibles, agitació psicomotriu, visió doble i actitud titubejant (Álvarez i Del Río, 2001).

Molts més nois (81.5%) que noies (18.5%) se situen entre els **majors consumidors d'alcohol** en la darrera ocasió, descobrint-se més casos en **les edats més joves** (67.7% entre els 18 i 20 anys i només detectant un cas passats els 24 anys), sense diferències en funció de si s'acostumen a realitzar consums a diari o de forma esporàdica. El major nombre d'UBE relatat és de 35. Aquest consum equival a un estat d'embriaguesa profunda, estupor amb analgèsia i progressiva inconsciència, abolició dels reflexes, paràlisi, hipotèrmia i possibilitat de desembocar en coma (Álvarez i Del Río, 2001). Aquestes dades van en la línia dels informats per altres autors respecte a percentatges elevats de joves que beuen fins arribar a estats d'embriaguesa. Concretament, el percentatge de joves que mai han experimentat un estat d'intoxicació etílica oscil·la entre el 17% i el 34% (Calafat, Fernández, Juan i Becoña, 2008; García del Castillo et al.,

2006, Jiménez-Muro et al., 2009), és a dir, la majoria dels joves ha passat per aquest estat en alguna ocasió, i són nombrosos els que ho experimenten de forma reiterada. Si bé el *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008a) detectà aquesta modalitat de consum, com a mínim una vegada al mes, en el 14.1% dels casos, en l'estudi de Londoño i Valencia (2008) el percentatge assolí el 56.5% dels enquestats. És més, García del Castillo et al. (2006) detectaren un 29.5% de joves que havien perdut el compte del nombre d'ocasions en que havien assolit un estat etílic i una cinquena part de la mostra de l'estudi de Chau i Oblitas (2007) confessà haver experimentat situacions amb la incapacitat de detenir el consum d'alcohol en els darrers sis mesos percentatge semblant al 27.8% de bevedors amb consums elevats detectats per Londoño et al. (2005). Amb tot, aquesta tipologia de consum és més freqüent entre el gènere masculí (Calafat et al., 2008; Chau i Oblitas, 2007; Gómez i Gómez, 2001; Palmer et al., 2009).

L'edat en relació al *majors consums* difereix d'uns estudis a d'altres, així mentre Calafat et al. (2008) no detectaren diferències en funció d'aquesta variable (entre joves de 14 a 25 anys), Palmer et al. (2009) i Alberdi et al. (2007) descobriren un increment dels majors consums amb l'edat (entre joves d'entre 17 i 25 anys). L'estudi d'aquest darrer autor obre una possible reflexió en relació a la informació que es conté en relació a la salut o la carrera estudiada. Alberdi et al. (2007) amb la pretensió d'analitzar una carrera vinculada a la salut centrà la seva recerca en estudiants d'infermeria, detectant entre aquests un increment de les intoxicacions etíliques a mesura que avançava la carrera, fins i tot, un 5% de la mostra va experimentar la seva primera embriaguesa estant ja cursant aquests estudis.

Cal fer esment en aquest punt de les conseqüències que els consums excessius poden reportar. Tal i com refereix Calafat et al. (2008) la conducta de beure en excés es veu relacionada positivament amb una major implicació en la vida recreativa nocturna, augmentant aquesta les probabilitats d'assolir un estat d'embriaguesa. Per altra banda, les borratxeres mostren vinculació amb la realització de conductes de risc en relació a la conducció, tals com: pujar en un cotxe en el qual el conductor estava ebri o sota els efectes d'altres drogues, conduir un vehicle després d'haver pres altres drogues, conductes que també es donen amb més probabilitat entre aquells que presenten una major vinculació amb la vida nocturna. En conseqüència, el 5.3% dels joves que van participar en la investigació de Calafat et al. (2008) havien patit un accident al llarg dels 12 mesos anteriors a l'estudi amb el consum d'alcohol, o altres drogues, com agent culpable directe. La realitat actual també evidencia que el risc de patir conseqüències socials negatives

tals com: baralles; accidentalitat; problemes familiars, laborals i acadèmics; realització de conductes sexuals de risc, etc. es mostren visiblement incrementats en funció de la quantitat d'alcohol consumida i sense que existeixi un llindar de seguretat (Bellis i Hughes, 2004; OMS, 2008; Plasencia, 2002; Santo-Domingo, 2002).

Per altra banda, l'autor Flórez-Alarcón (2001) detectà una associació entre la magnitud d'alcohol consumida, i la tipologia de consum com el *binge drinking*, i les etapes de canvi en l'abandonament del consum. Aquells que tenien decisió de disminuir el consum presentaven puntuacions inferiors en dependència. Malgrat no existien diferències significatives en l'abús i les etapes, sí que es detectà una major dependència en contempladors i joves en Precontemplació en comparació amb aquells situats en l'etapa de Preparació. Per tant seria una opció interessant incloure la magnitud de consum a les etapes de canvi.

7.1.1.6. Edat de primera experimentació amb l'alcohol

L'edat de major risc d'inici al consum d'alcohol s'estableix **entre els 14 i els 15 anys** en concordància amb estudis previs amb poblacions similars (García del Castillo et al., 2006; Mora-Ríos i Natera, 2001; Sogi i Perales, 2001). Als 16 anys s'incorporen al consum un percentatge important de joves, havent-lo provat a aquesta edat 9 de cada deu participants de l'estudi. A partir dels 16 anys únicament ho proven per primera ocasió un 7.3% dels universitaris, essent una clara minoria (1%) els que consumeixen alcohol per primera vegada passats els 18 anys. Així mateix és destacable l'existència d'un 1.9% de casos que es van iniciar al consum d'aquesta droga legal abans dels 10 anys, possiblement a casa. El *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2009) en l'enquesta portada a terme entre escolars espanyols de 14 a 18 anys, situa l'edat mitjana d'inici als 13.7 anys, possiblement més baixa que la detectada en el nostre estudi per tractar-se d'una població amb un rang d'edat inferior, tot i que comparteix amb el present treball un inici del 86.2% dels joves arribats els 16 anys (62.6% als 14, 78.7% als 15, 86.2% als 16, 90.5% als 17 i 92.3% als 18). Gómez i Gómez (2001) així com Megías et al. (2007) també detectaren distribucions molt similars a les referides en aquest estudi. Així mateix, els resultats del present treball donen suport a la teoria de Santo-Domingo (2002) segons la qual el major risc d'inici al consum es produeix abans dels 15 anys i disminueix notablement passats els 18.

Es detecten diferències de gènere en l'edat de primer contacte amb aquesta substància en l'anàlisi bivariant (M (nois) = 14.44, M (noies) = 14.86), no obstant, aquestes diferències no es mantenen quan s'inclouen altres factors a l'anàlisi. L'estudi realitzat per Mora-Ríos i Natera (2001) detectà un any de distància entre l'inici al consum d'alcohol entre els i les universitàries (14 i 15 respectivament).

Així mateix, els universitaris que actualment afirmen ser **consumidors** van tenir el seu **primer contacte amb l'alcohol**, com a mitjana, **sis mesos abans que els no consumidors**. Aquest resultat està en consonància amb els estudis que afirmen que un dels majors predictors del consum d'alcohol és l'experimentació prematura. Un exemple d'aquest fet són les dades d'Ardila i Herrán (2008), els quals concloueren que iniciar el consum abans dels 16 anys augmentava la probabilitat de ser consumidor en un 17%. També establiren el consum precoç com un dels predictors del consum futur. D'acord amb Carlson et al. (2010) l'edat de primer consum, sense permís patern, correlaciona de forma inversa amb els episodis de *binge drinking*, és a dir, aquests són experimentats, majoritàriament, pels joves que van debutar de forma més precoç en el consum d'alcohol. Per altra banda, Zernicke, Cantrell, Finn i Lucas (2010) detectaren una clara relació inversa entre l'edat d'inici al consum d'alcohol i nivells elevats de desviació social, impulsivitat, comportaments antisocials i desinhibitoris. Així doncs, l'inici precoç (sobretot abans dels 14 anys) suposa un major risc de consum (Bu, Watten, Foxcroft, Ingebrigtsen i Relling, 2002; Krahn et al., 2005), dependència en general i entre els 10 primers anys d'haver iniciat el consum (Hingson et al., 2006), d'abús (Santo-Domingo, 2002) o de consum d'altres drogues (Merrill et al., 1999; Zernicke et al., 2010).

7.1.1.7. Edat d'inici al consum regular

L'**edat mitjana d'inici al consum regular** se situa al voltant dels **16 anys i mig**, sense diferències per raó de gènere, si bé amb **més prematuritat entre els que el darrer dia van fer un consum d'alt risc per la salut** o bé un **consum massiu**. Aquesta dada situa la mostra de l'estudi en un pla més tardà al detectat recentment en l'enquesta d'escolars nacional, que és de 15.6 anys (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Si bé, sembla recolzar la hipòtesi que l'inici precoç suposa un major risc de consums abusius o problemàtics (Hingson et al., 2006; Santo-Domingo, 2002).

7.1.2. LA INFLUÈNCIA SOCIAL

7.1.2.1. Consum d'alcohol dels amics

Vuit de cada deu joves **estaven amb els amics la primera vegada que van tastar l'alcohol**, de forma més clara entre les **noies**, mentre que quasi dos de cada deu es trobaven a casa amb la **família** d'acord amb les troballes de Bu et al. (2002), amb població noruega, els quals detectaren un inici majoritari amb els amics, essent major la proporció de nois que efectuaren un inici dins la llar, així com de noies fora d'aquesta, fet que suggereix un possible efecte cultural de major tolerància dels progenitors vers el consum en els fills que entre les filles. Les dades del present estudi estan en consonància amb la idea de la vinculació grupal i amb el contagi del grup d'iguals, ja bé per modelat o bé per persuasió, com a motiu principal en el primer consum, acompanyat d'una necessària condició de curiositat, búsqüeda de sensacions i cerca d'evasió de la rutina (Moral et al., 2005; Moral i Ovejero, 2009; Orgaz et al., 2005; Saddichha et al., 2007). No obstant, d'altres estudis realitzats fins el moment a Espanya afirmen un inici majoritari dins la llar, sovint amb permissivitat paterna (Espada et al., 2000; Ortiz et al., 2003). S'observa una associació entre l'estatus de consum actual i els acompanyants dels joves en la seva primera experiència amb l'alcohol de manera que els **consumidors actuals s'han iniciat** amb més freqüència **dins l'entorn familiar** que els no consumidors. Aquests resultats posen de relleu l'important paper de l'entorn familiar en la iniciació i el manteniment del consum d'alcohol entre els joves.

Existeix una elevada **concordança entre l'estatus de consum propi i el del millor amic**, de forma més clara entre els consumidors, tant en el cas dels nois com de les noies. De la mateixa manera, existeix **coincidència en el nivell propi i del millor amic pel que respecta a l'experimentació amb l'alcohol**, així com en la **intenció de consum futura**, sense detectar-se diferències de gènere.

També es descobreix una gran **coincidència en el patró i l'evolució en les etapes d'adquisició del consum d'alcohol entre els joves i els seus millors amics**.

Es detecta una major **precocitat en l'inici al consum** entre aquells joves que tenen **millors amics que beuen alcohol habitualment** vers els que mai han tastat l'alcohol o aquells que l'han

tastat però no es consideren consumidors. També en **l'inici al consum regular** es detecta una **major prematuritat** entre aquells **universitaris amb amics consumidors**.

És evident que els amics juguen un paper fonamental en el consum d'alcohol dels joves, ja que constitueix un dels factors de risc juntament amb la família, la comunitat, l'escola o els mitjans de comunicació (García del Castillo et al., 2006). Chau i Oblitas (2007) detectaren que en un 93.8% dels casos el millor amic dels joves consumidors també era consumidor d'alcohol, i en un 76% les millors amigues també ho eren. Aquesta concordància es donava no tan sols en l'estatus de consum sinó també en la magnitud. Sembla doncs que els joves consumeixen acompanyats dels seus amics en una atmosfera social i obtenen d'immediat certs beneficis com el reconeixement i l'acceptació, de manera que l'efecte desitjat de consum compleix la funció de reforç (Londoño et al., 2005). En algunes ocasions pot ser que el jove no tingui la capacitat de resistir-se a la pressió, però en moltes d'altres tot i que la posseeixi pot ser que no identifiqui la necessitat de desplegar certes habilitats socials per negar-se al consum ja que pot pensar que és precís complaure el grup (Ballester i Gil, 2009; Londoño, 2007).

L'entrada a la universitat també és un moment amb influència per part dels amics ja que molts estudiants universitaris marxen de casa per estudiar i el fet de compartir pis amb altres companys fa que s'estableixin més vincles entre ells. Segons dades de la FAD (2006) d'aquells joves que beuen amb regularitat, la majoria d'ells viuen amb amics (86.5%) i tenen molt bona relació amb ells (74.2%), mentre que no es detecten diferències en la relació amb els progenitors atès que un 80% declara tenir molt mala relació, així com un 70.7% assegura que la relació amb els seus pares és bona.

Kandel l'any 1996 afirmà que no està clar el sentit de la relació, ja que sovint es busquen amics amb característiques similars a les pròpies o amb qui es comparteixen preferències. La mateixa autora analitzà la similitud dels amics en funció de l'etapa en que es trobava aquesta amistat (en formació, fase estable o recentment dissolta) descobrint que les amistats que es dissolien tenien menys similituds que aquelles estables, i detectà la similitud més baixa entre aquelles parelles d'amics inestables (abans de la dissolució i després) (Kandel, 1996).

La força de les amistats en el consum de substàncies, en algunes ocasions, pot ser utilitzada de forma positiva. Concretament, Beets et al. (2009) detectaren en una mostra de 827 estudiants de primer curs, que quan l'amic desaprova el consum d'alcohol era menys probable la realització

d'episodis de *binge drinking* entre setmana, els dijous i també durant el cap de setmana. En aquest mateix sentit, Thornton (2009) descobrí que dels 307 estudiant universitaris participants de l'enquesta que s'havien enfrontat a un amic respecte al seu consum abusiu o problemàtic d'alcohol, el 76% observà un canvi en el comportament arrel de la confrontació. Per tant, la influència dels amics podria ser beneficiosa en la implementació de programes preventius del consum d'alcohol a la universitat.

7.1.2.2. Consum d'alcohol dels familiars

7.1.2.2.1. El pare

Més de la meitat dels pares dels joves de la mostra són consumidors d'alcohol, detectant-se un **major nombre de pares consumidors entre aquells universitaris que actualment també ho són (62.8%)** que entre els joves exconsumidors (55.6%) o els no consumidors (47.2%). Aquests resultats es mantenen amb independència del gènere.

S'observa relació entre l'estatus de consum patern i l'edat de primera experimentació amb l'alcohol de manera que s'evidencia un **inici al consum alcohol més tardà entre aquells estudiants que no han presenciats el consum d'alcohol per part del pare** coincidint amb les dades aportades per Bu et al. (2002). No obstant, aquestes diferències no es fan paleses en relació a l'edat d'inici al consum regular.

7.1.2.2.2. La mare

Pràcticament la meitat de les mares són consumidoras. Es detecta un **menor nombre de mares consumidoras entre els fills que actualment tampoc són consumidors (37.8%) o són exconsumidors (35.3%) i més mares consumidoras entre els fills consumidors (51%)**. Les diferències relatades esdevenen significatives únicament en el cas de les noies.

El consum matern es troba vinculat a l'edat d'inici al consum dels joves: **aquells universitaris que tenen una mare consumidora han experimentat per primera vegada amb l'alcohol com a mitjana mig any abans que els que tenen una mare no consumidora** d'acord amb les

troballes de Bu et al. (2002), si bé no hi ha relació entre el consum de la mare i l'edat d'inici al consum regular.

Són diversos els estudis que es fan ressò de la influència que exerceix el consum d'alcohol dels progenitors sobre el dels seus fills (Bríñez-Horta, 2001; Krahn et al., 2005; Santo-Domingo, 2002). A tall d'exemple Bríñez-Horta (2001) detectà un 63.9% de pares i el 35.5% de mares bevedores, essent el percentatge de fills bevedors igual o en alguns casos superior al dels pares. Per altra banda, Ballester i Gil (2009) detectaren que el 81% dels pares dels joves enquestats prenién vi o cervesa durant els àpats, i més del 30% whisky o cigalons. Aquests elevats percentatges, però, contrastaven amb el 87.5% de joves que indicaren que a casa seva el consum d'alcohol estava molt mal vist.

7.1.2.2.3. Els germans

Més de la meitat els germans són consumidors d'alcohol, **en major proporció entre els joves consumidors (70.6%)** que entre els no consumidors (52.3%) o els exconsumidors (56.3%), independentment del gènere. S'observa **major precocitat en l'inici al consum d'alcohol entre aquells que tenen germans consumidors** talment com en l'estudi de Bu et al. (2002), si bé aquestes diferències no es fan evidents en relació a l'edat d'inici al consum regular. Cal comentar que en preguntar pel consum dels germans no es va tenir en compte l'edat d'aquests, i en alguns casos pot tractar-se de nens o germans més joves que poden haver-se iniciat en el consum amb posterioritat al participant en l'estudi, de manera que el modelat es podria haver donat en sentit contrari.

Aquestes dades van en consonància amb la troballa de la influència dels germans en el consum d'alcohol detectat en estudis anteriors, alguns dels quals situen el consum del germà en segon lloc pel que es refereix als predictors del consum d'alcohol dels joves, després del consum dels amics (Espada et al., 2008; Harden et al., 2008; Pascual, 2002; Pons, 1998).

7.1.2.2.4. La parella

Pràcticament dos de cada tres universitaris tenen una parella consumidora, **de forma més evident entre aquells joves consumidors d'alcohol** (66.5%) respecte als no consumidors (50.2%) o els exconsumidors (50%) sense diferències entre nois i noies.

La *Cooperación Internacional* ONG (2008) preguntà als estudiants universitaris madrilenys quines creien que eren les fonts que influïen en les formes de viure i d'actuar i destacaren en primer lloc la família, en segon els amics, relegant la parella a la sisena posició per darrera dels llibres, la universitat i l'escola quedant per darrera d'aquesta opció els mitjans de comunicació, internet, i les associacions de voluntaris o parròquies. No obstant, d'altres estudis designen al consum d'alcohol per part de la parella com un dels majors predictors en els casos d'abús d'alcohol, sobretot entres les dones. És a dir, les dones que tenen parelles que abusen de l'alcohol mostren una major prevalença d'intoxicacions, un major nombre de problemes associats, així com un major nombre de símptomes de dependència alcohòlica (Bríñez-Horta, 2001).

Es confirma l'associació del consum de persones properes amb el consum d'alcohol dels joves coincidint amb les troballes detectades en d'altres estudis on també s'afirma la influència del grup d'iguals, en especial del germà gran i dels amics, així com del consum familiar i de la parella (Espada et al., 2008; Graña i Muñoz-Rivas, 2000; Harden et al., 2008; Salamó et al., 2010; Santo-Domingo, 2002; Talbott et al., 2008). En definitiva, entre els universitaris consumidors d'alcohol trobem amb major freqüència persones properes que són consumidoras, fet que dóna suport a la importància del modelat per part dels referents pròxims en el consum d'alcohol dels joves, ja que hi ha major probabilitat d'aprendre d'una conducta que prové d'una persona amb la qual existeix un vincle afectiu (Bandura i Walters, 1979). Si bé la coincidència del gènere no s'ha observat com a rellevant dins el modelat del consum d'alcohol (no detectant major proporció de filles consumidors d'entre les mares consumidoras, ni tampoc més fills barons consumidors d'entre els pares consumidors), sí ho ha estat l'edat. En aquest sentit s'ha observat coincidència entre consums dels joves amb persones del seu mateix grup d'iguals, donat que amb ells es veuen sumades les dues condicions anteriors: relació afectiva i similitud en edat i sovint en sexe.

7.1.3. LA PERCEPCIÓ DE PERILLOSITAT DEL CONSUM D'ALCOHOL

La **perillositat atorgada al consum d'alcohol és mitjana**, essent considerat **menys nociu entre els consumidors en comparació amb els no consumidors**. Aquest fet ha estat anomenat *mentalitat de l'usuari* (Moral i Ovejero, 2009; Moral et al., 2009) en el sentit que els consumidors d'una substància tendeixen a percebre menys risc en el seu ús o abús que aquells que no la consumeixen o no estan habituats a ella. És a dir, els joves que consumeixen alcohol tenen la confiança que els riscos són mínims ja que modifiquen les creences sobre els efectes negatius, mostrant-se menys sensibles davant la problemàtica del consum. Per altra banda, els joves no consumidors presenten una major sensibilització, creences menys mitificades, així com una valoració més ajustada dels efectes i conseqüències nocives del consum de substàncies.

Les noies consideren el consum d'alcohol més perillós que els nois. Aquests resultats coincideixen amb la nocivitat de l'alcohol associada al gènere femení que s'ha detectat en diferents estudis (Generalitat de Catalunya, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Pascual, 2002). **La perillositat percebuda també s'incrementa amb l'edat**. Aquests resultats coincideixen amb les dades de Sánchez (2002) el qual detectà una menor percepció de risc en el consum d'alcohol en nois, persones joves i bevedors de risc. També tendeixen a considerar aquesta substància **menys perillosa aquells que tenen el millor amic o la mare consumidors**. No obstant, la perillositat percebuda no es diferencia en funció de l'estatus del pare ni de la parella. En el cas del germà es detecta una curiosa interacció de manera que els nois amb germans consumidors avaluen l'alcohol amb major perillositat que els nois amb germans exconsumidors, mentre que en el cas de les noies són les germanes d'exconsumidors les que major nocivitat li atribueixen.

Aquest fet avala la idea aportada per Bandura (1987) respecte a que la conducta que realitza el model influeix no només en el comportament sinó en les percepcions i actituds dels joves en relació a la conducta. D'altra banda, hi podria estar influïnt el fet de ser l'alcohol una droga legal, socialment acceptada, àmpliament utilitzada en situacions quotidianes i de celebració. La percepció de benignitat de la substància, per tant, sovint hi és en els propis progenitors, així, mentre un 15% dels pares consideren de prohibició absoluta pels seus fills consumir alcohol, en el cas del tabac es tracta d'un 22%, un 60% pel cànnabis i un 86% per la resta de drogues (Generalitat de Catalunya, 2004; Pons, 1998). Entre els joves, a l'hora d'avaluar diverses drogues, el fet que es considera com a menys perillós és prendre una copa de vi al dia, essent

aquest fet estimat amb menys nocivitat que fumar cànnabis un cop al mes (Fundación BBVA, 2006).

S'observa un increment de la percepció de perillositat percebuda a mesura que es va fent més tardana l'edat d'inici tant en el consum d'alcohol com en el consum regular entre els qui practiquen un consum habitual. En consonància amb aquesta idea Santo-Domingo (2002) afirmava que un dels factors que podien induir a una major precocitat en el consum d'alcohol era la baixa percepció de dany d'aquesta substància.

S'observen diferències en la concepció de perillositat dels consumidors en funció de **si es practica un consum que suposa un alt o baix risc per a la salut** amb tendència a la significació. Per altra banda, aquells que **el darrer dia de consum van practicar un consum massiu atribueixen menys perillositat a aquesta substància**, si bé aquest fet no es dona quan s'analitzen les diferències en funció de si van realitzar un consum elevat (superen en dues desviacions típiques la mitjana de consum) o no. Aquests resultats suggereixen que molts joves que realitzen consums d'alt risc no perceben molt perill en la seva conducta. És a dir, impera un patró freqüent de consum d'alcohol entre els joves que sovint es caracteritza per afartaments durant els caps de setmana que poden ser considerats com una forma innòcua de diversió ja que no es perceben els riscos associats (Ballester, Gil i Guirado, 2000). Aquest fet ens porta a reflexionar sobre la necessitat de que els programes preventius facin èmfasi sobre aquest aspecte per tal de disminuir la concepció de benignitat/innocuitat d'aquesta substància. En aquest sentit, Beets et al. (2009) detectaren que quan els estudiants universitaris presentaven una elevada percepció de risc en el consum elevat d'alcohol (*heavy drinking*) disminuïen els episodis de consum massiu tant els dijous com durant els caps de setmana. És a dir, tenir consciència de salut esdevé com un factor protector del consum (Merrill et al., 1999).

7.1.4. LES EXPECTATIVES D'AUTOEFICÀCIA PER NEGAR-SE AL CONSUM D'ALCOHOL

Les expectatives per **negar-se al consum** davant un **oferiment són similars** tant en el cas d'estar sol amb qui ofereix l'alcohol com en el cas d'estar envoltat d'amics. Ara bé es perceben diferències en funció de l'estatus de consum de manera que els universitaris **consumidors són els que es perceben menys capaços de negar-se a consumir alcohol davant un oferiment**.

Per altra banda, no es detecten diferències entre nois i noies. López-Torrecillas et al. (2005) detectaren que els joves consumidors d'alcohol i altres drogues presentaven puntuacions inferiors en l'escala d'autoeficàcia sobre tasques personals i de caire social de Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs i Rogers (1982) que els seus companys no consumidors. De forma similar, Flórez-Alarcón (2001) observà majors nivells d'autoeficàcia percebuda, per afrontar situacions difícils, en bevedors a nivell moderat a diferència d'aquells que efectuaven consums elevats o bé escassos. Si bé aquests autors no detectaren diferències en l'autoeficàcia en funció del gènere.

Quan una persona ha d'iniciar una conducta, la percepció d'autoeficàcia que posseeixi regularà el grau d'esforç i persistència dedicats, essent més tenaços aquells que posseeixen un major nivell d'autoeficàcia: quant més baixes siguin les seves expectatives d'autoeficàcia més vulnerable serà una persona en el moment de l'inici del consum, en el manteniment i en les possibles recaigudes (López-Torrecillas et al., 2003). Atès que Chicharro et al. (2007) detectaren millors resultats al tractament a nivells intermitjos d'autoeficàcia per negar-se a consumir substàncies, creiem necessari incloure intervencions per a la millora dels dèficits d'habilitats socials i per afavorir la resistència a la pressió grupal en els programes de prevenció i tractament del consum de substàncies.

7.1.5. L'EXPERIÈNCIA VICÀRIA SOBRE LES CONSEQÜÈNCIES NEGATIVES CONEGUDES DEL CONSUM D'ALCOHOL

Pràcticament la meitat de la mostra coneix algú que ha emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues. D'aquests, aproximadament un de cada deu era degut al consum d'alcohol. **Els nois consumidors i exconsumidors coneixen amb més freqüència algú que s'ha vist afectat pel consum d'alcohol** en comparació amb els no consumidors. Aquesta associació no es dona en el cas de les noies.

Aquestes dades no es troben en consonància amb els postulats de l'experiència vicària de Bandura (1987), donat que el fet d'observar les conseqüències negatives en el model no sembla tenir relació amb el consum. Una possible explicació d'aquests resultats seria que en l'entorn

dels consumidors d'alcohol és més probable que hi hagi altres consumidors d'aquesta substància que poden estar afectats per patologies associades al seu consum.

La patologia relatada per més d'un terç dels que responen aquesta pregunta fa referència a **malalties hepàtiques**, principalment **cirrosi**, tot i que un 12% declara conèixer persones que han arribat a morir degut al consum excessiu d'alcohol. Aproximadament la meitat de les persones afectades eren **amics**, estant els coneguts en segon lloc i en darrer els familiars.

7.1.6. MODELS PREDICTIUS DEL CONSUM D'ALCOHOL

7.1.6.1. Consum d'alcohol

Quan s'analitzen conjuntament les variables que millor prediuen el consum d'alcohol per part dels joves de la mostra destaquen:

- **El gènere.**
- **L'edat d'inici al consum d'alcohol.**
- **El consum d'alcohol per part del millor amic.**
- **Les expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol estant sol amb qui els ofereix alcohol.**

Els joves consumidors són majoritàriament nois, es van iniciar al consum d'alcohol com a mitjana uns sis mesos abans que els no consumidors i és més probable que el seu millor amic també sigui consumidor d'alcohol en comparació amb els no consumidors. A més, els universitaris consumidors disposen de menors expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol estant sol amb la persona que li fa un oferiment d'aquesta substància.

Aquests resultats corroboren l'efecte del gènere en el consum d'alcohol (Chau i Oblitas, 2007; National Center For Health Statistics, 2009), així com la rellevància davant un inici de consum

precoç (Ardila i Herrán, 2008; Krahn et al., 2005). També es confirma la importància del modelat per part dels amics (Chau i Oblitas, 2007; García del Castillo et al., 2006). A més, es corrobora la importància del dèficit en habilitats socials per fer front a la pressió davant un consum (Ballester i Gil, 2009; Londoño, 2007).

7.1.6.2. Consum d'alt o baix risc per a la salut

En estudiar les variables que millor prediuen el consum d'alt o baix risc per part dels universitaris destaquen:

- **El gènere.**
- **L'edat.**
- **El consum d'alcohol per part del pare.**

Els consumidors d'alt risc són majoritàriament noies, són com a mitjana un any més joves que els consumidors de baix risc i tenen en major proporció que els consumidors de baix risc un pare no consumidor d'alcohol.

Aquestes dades mostren una sobrerrepresentació del gènere femení en el consum d'alt risc que possiblement ve donat perquè elles necessiten quantitats inferiors d'alcohol que els nois per a que els seus consums es considerin d'alt risc (Franciscus, 2006). Per altra banda, una major magnitud de consum entre els més joves confirma la tendència a la moderació en el consum quan s'incrementa l'edat dels joves (National Center For Health Statistics, 2009). La vinculació entre el no consum d'alcohol per part del pare i el consum d'alt risc en els fills suggereix que un consum moderat per part del progenitor podria esdevenir un bon model de consum d'alcohol pels fills tot i que la literatura analitzada aporta evidències en sentit contrari, apuntant que el consum d'alcohol dels pares representa un factor de risc important pel desenvolupament de consums problemàtics entre els fills (Natera-Rey, Borges, Medina-Mora, Solís-Rojas i Tiburcio-Sainz, 2001). Aquests autors detectaren que les variables que millor predeien el consum problemàtic d'alcohol (dependència) entre la població general mexicana masculina eren: el consum d'alcohol

freqüent o regular del pare, així com els estats d'embriaguesa freqüents o regulars per part del progenitor, si bé en les dones ho era el consum o les embriagueses freqüents de la mare. Les característiques del present estudi no permeten clarificar el paper del modelat per part del pare en el consum d'alt o baix risc dels joves, per la qual cosa es requereixen estudis posteriors per tal d'aprofundir en el coneixement d'aquest fenomen.

7.1.6.3. Consum massiu d'alcohol

Les variables que millor discriminen entre consumidors massius o no són:

- **L'edat.**
- **L'edat d'inici al consum regular.**
- **El consum d'alcohol per part del pare.**

Aquells que van realitzar un consum massiu d'alcohol el darrer dia són més joves i van iniciar-se al consum regular d'alcohol uns sis mesos abans que aquells que no van efectuar un consum massiu en la darrera ocasió. Per altra banda, de forma majoritària el seu pare no és consumidor d'alcohol.

Es descobreix una major magnitud de consum entre els més joves, el qual confirma novament una moderació del consum amb l'edat (National Center For Health Statistics, 2009). Per altra banda, es constata la vinculació entre la precocitat en el consum regular d'alcohol i consums elevats i concentrats d'aquest (Hingson et al., 2006; Santo-Domingo, 2002). L'associació entre el no consum d'alcohol per part del pare i el consum d'alt risc en els fills torna a suggerir que un consum moderat per part del pare podria actuar com un model de consum d'alcohol "responsable" pels fills. No obstant, tal i com s'ha dit anteriorment, l'evidència empírica no recolza aquesta idea (Natera-Rey et al., 2001), la qual cosa reafirma la necessitat de clarificar quin és l'efecte de modelat que exerceix el pare sobre els seus fills i filles, en estudis futurs.

7.1.6.4. Alt consum

En analitzar les variables que millor prediuen un alt consum o no per part dels universitaris destaquen:

- **El gènere.**
- **L'edat.**
- **Conèixer algú que hagi emmalaltit o mort a conseqüència del consum de substàncies.**

Tenen més probabilitats d'efectuar consums elevats: els nois, aquells més joves i aquells que coneixen persones amb afectacions negatives a la salut derivades del consum de substàncies.

Aquestes dades confirmen la major presència del gènere masculí en els consums elevats d'alcohol (Calafat et al., 2008; Palmer et al., 2009). Per altra banda, constata una relació inversa entre la magnitud de consum i l'edat (Gómez i Gómez, 2001). Finalment aporta resultats en sentit contrari a l'experiència vicària de Bandura (1987), tot i que es podria explicar per una major probabilitat d'estar envoltats d'un major nombre de consumidors, tal i com s'ha comentat a l'apartat 7.1.5.

7.1.7. LIMITACIONS DE LA PART QUANTITATIVA

La mostra del present estudi està formada per estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona, de les facultats i escoles seleccionades i que es trobaven a l'aula en el moment de la recollida de les dades, essent la participació voluntària. No formen part d'aquest treball els estudiants d'universitats privades, i els estudiants universitaris als quals no vam poder accedir (per no estar present el dia de la recollida de dades). És per aquest motiu que la mostra estudiada pot diferir en algun aspecte a la població general d'estudiants universitaris. Harrell i Karim (2008) detectaren diferències en el consum d'alcohol en funció de l'anàlisi de població

provinent d'universitats públiques o privades dels Estats Units descobrint majors episodis de *binge drinking* a la universitat pública i majors símptomes depressius en la privada. Si aquesta tendència fos semblant entre els universitaris de la mostra, els episodis de *binge drinking* trobats podrien estar sobreestimats. No obstant, a Girona únicament existeix una universitat essent d'entitat pública no permetent la comparació de dades entre institucions d'educació superior privades i públiques dins la ciutat.

Una altra limitació rau en el fet d'haver utilitzat mesures autoinformades. Existeix la possibilitat que el jove contesti en funció de la desitjabilitat social o bé que hagi decidit no ser sincer amb les seves respostes. Per tal d'intentar minimitzar aquest efecte s'advertia en el moment de la recollida de dades que el qüestionari era anònim, així com que les dades que facilitessin serien tractades amb total confidencialitat, destinant-les únicament a finalitats investigadores.

Algunes de les preguntes del qüestionari feien referència a conductes de persones properes a l'entorn dels joves. Les seves respostes es basen en la percepció que té de l'altre que no sempre coincideix amb les conductes d'aquestes persones.

D'altra banda, al tractar-se d'un estudi transversal no és possible afirmar associacions de causalitat entre les variables estudiades, ni tampoc establir la direccionalitat en les relacions detectades.

7.2. FASE QUALITATIVA

7.2.1. MOTIUS PER CONSUMIR O NO CONSUMIR ALCOHOL

7.2.1.1. Motius de consum

Les argumentacions que els joves universitaris aporten en la discussió dels motius de consumir alcohol fan referència a les característiques de la pròpia substància, a situacions específiques, a la influència social o bé es vincula a l'oci nocturn.

En relació a les **característiques de la pròpia substància** els nois i noies fonamentalment centren les raons en els efectes que produeix la ingesta de begudes alcohòliques. És a dir s'estableix una clara associació entre l'alcohol i la *diversió*, per tant la motivació fonamental per a consumir-ne és per passar-s'ho bé. Aquesta idea guarda relació amb els resultats obtinguts per Redondo et al. (2001) els quals detectaren que el principal motiu de consum d'alcohol (64.8%) dels universitaris de Salamanca era la diversió, així com les troballes de Ballester i Gil (2009) amb joves d'entre 18 i 24 anys de la Comunitat Valenciana els quals citaren la diversió en el 83% dels casos. Els investigadors australians Lyvers, Hasking, Hani, Rhodes i Trew (2010) analitzaren els motius de consum d'alcohol vinculant aquests a la tipologia de consum d'una mostra de 221 joves d'entre 17 i 34 anys. Identificaren que prendre begudes alcohòliques per realçar l'humor positiu (*"l'alcohol et proporciona una sensació positiva"*) o bé per a potenciar la recompensa social positiva (*"t'ajuda a gaudir d'una festa"*) era predictor del consum d'alcohol i dels problemes relacionats amb el consum d'aquesta substància.

En la mateixa línia l'alcohol es pren com a vehicle per a experimentar un estat de *desinhibició* i així poder realitzar actes que sense l'alcohol seria més difícil d'acord amb les idees aportades per Cortés (2006) la qual argumenta que els universitaris cerquen de forma significativa la desinhibició, mentre que els adolescents buscarien una sensació de benestar i confiança en sí mateixos.

Alguns joves esperen i busquen amb el consum d'alcohol assolir un estat de *desconnexió* del dia a dia i dels problemes, talment com en l'estudi de Ballester i Gil (2009) on aquesta motivació aparegué en tercera posició (57%) superada per la diversió (83%) i la sensació que l'alcohol

facilitava les relacions socials (77%). També Hernán, Fernández i Ramos (2004) des de la *Escuela Andaluza de Salud Pública* trobaren que els joves espanyols d'entre 13 i 29 anys bevien alcohol per a facilitar les relacions així com per alliberar l'estrès. Així mateix alguns estudis posen de manifest que aquelles drogues que produeixen conseqüències socials desitjables o la reducció de sentiments negatius es converteixen en poderosos reforçadors pel seu ús (Caupena, Palomo, Junquero i Abellán, 2003). És a dir, la creença que beure alcohol és un mètode eficaç i apropiat per fer front a la tensió i altres emocions negatives pot ser un factor de manteniment important del consum, de manera que alguns joves que experimenten estats depressius, ansietat o d'altres emocions negatives poden intentar superar-les mitjançant el consum de substàncies com l'alcohol. Una explicació d'aquest fenomen la trobem en la hipòtesis de l'automedicació segons la qual l'inici del contacte amb diferents drogues seria una forma d'atenuar el malestar psicològic intens causat per trastorns psiquiàtrics (Salazar, Casas i Rodríguez, 1992). Ara bé, Lyvers et al. (2010) suggereixen que aquest fet no esdevé en mostres no clíniques, les quals acostumen a consumir alcohol motivades per l'anticipació de reforços positius (socials o interns). Per tant, quan el consum va lligat a la reducció d'un afecte negatiu possiblement la persona es trobi en una situació problemàtica respecte el consum. Les teories cognitives del consum de substàncies apunten que les senyals internes o externes (per exemple estrès) condueixen a pensaments automàtics (per exemple, "*l'alcohol em pot ajudar a afrontar aquesta situació*") que desemboquen en preocupació, desig de consum i un comportament de cerca de substàncies (Beck, Wright, Newman i Liese, 1993). Tanmateix, aquesta estratègia d'afrontament esdevé molt perillosa ja que González, Collins i Bradizza (2009) detectaren una vinculació entre la motivació per beure alcohol com a mètode d'afrontament i els episodis de *heavy drinking* en solitari els quals, a diferència dels grans episodis de beguda en un context social, correlacionen de forma positiva amb la ideació suïcida entre estudiants universitaris nord-americans.

D'altres joves universitaris del present estudi afirmaren que es trobaven motivats a consumir alcohol per tal d'arribar a un *estat d'embriaguesa*, en la línia dels motius de consum recollits per l'OMS (2008). Harrell i Karim (2008) adverteixen de la perillositat que suposa l'ús de l'alcohol en la cerca dels seus efectes. Aquests autors analitzaren la relació entre les motivacions pel consum, la magnitud d'aquest, així com els problemes provocats per la ingesta de begudes alcohòliques en estudiants universitaris nord-americans (entre els 17 i els 26 anys). Observaren que aquells que bevien buscant els efectes de l'embriaguesa mostraven un patró de consum marcat per una major magnitud i un nombre més elevat d'episodis de *binge drinking*. A més, en

el cas dels nois, aquesta motivació correlacionava de forma positiva amb el nombre de problemes associats al consum d'alcohol.

En general doncs, els joves opinen que majoritàriament es consumeix alcohol a l'espera de les conseqüències "positives" del consum d'acord amb Becoña (1999). Londoño (2005) detectà que en consumidors de risc s'observen més expectatives positives cap el consum que en consumidors de magnituds que no suposen un risc. Willner (2001) apuntà que aquestes expectatives positives augmenten notablement amb l'edat i de forma independent amb la freqüència d'ús. És més, segons aquest autor les expectatives de resultat positives es mostrarien relacionades amb les expectatives de consum en un futur, així com amb el consum problemàtic de substàncies.

Per altra banda, alguns participants de l'estudi comentaren que es troben motivats a beure begudes alcohòliques perquè els agrada el gust que aquestes tenen. Aquesta raó, tot i que tampoc fou la principal, també aparegué en l'estudi que analitzà els motius del consum d'alcohol en universitaris espanyols de Redondo et al. (2001).

Finalment els joves gironins esmenten que la facilitat en l'accés a aquestes substàncies, en persones menors d'edat, en promou la ingesta. Londoño (2005) va identificar com a principals motius pel consum d'alcohol entre els joves: les experiències de consum viscudes que són avaluades positivament, la constant exposició a missatges massius de l'entorn, el fet que els efectes negatius apareixen de forma tardana a la ingesta i la disponibilitat i fàcil accés. En aquest mateix sentit, Camacho (2005) exposava que al desig de consumir, a la intenció d'usar una substància i a l'expectativa d'experimentar els efectes d'una droga cal sumar-hi la percepció de disponibilitat per a que el consum es materialitzi.

Les **situacions específiques** esmentades pels joves que motivarien la ingesta de begudes alcohòliques fan referència a situacions personals com ara el fet de tenir set o bé la reaparició en escenaris destinats a l'oci nocturn de persones que han canviat d'estat civil i es troben en situació de divorci. Aquest darrer fenomen forma part dels factors de risc del consum de substàncies entre dones adultes de les Illes Balears descrits pel Govern d'aquesta comunitat (2007).

La **Influència social** també esdevingué un motiu referit pels joves. És a dir, molts universitaris reconeixen el pes de l'entorn en el consum d'alcohol ja que segons les seves argumentacions

s'ha produït un aprenentatge des de petits. Per altra banda, en ser un consum generalitzat es difon una sensació de que tothom ho fa la qual impulsa a consumir-ne per no ser diferent als demés. A més, aquesta generalització del consum actua per si mateixa com a instigadora animant a beure alcohol per un procés d'imitació. És a dir, el fet que molts adults consumeixin alcohol a diari, tot i ser de forma moderada, propicia en els joves un sentiment lluny de la culpa o la sensació d'irresponsabilitat atès que en moltes ocasions els joves entenen que no fan res que no faci la resta de la població, únicament ho fan de forma diferent (FAD, 2006). La influència social i les relacions aparegueren en segon lloc (10.9%), després de la diversió, en el llistat de les principals motivacions que condueixen al consum d'alcohol entre els universitaris espanyols en l'estudi realitzat per Redondo et al. (2001). Bríñez-Horta (1998) detectà un 63.9% i un 35.5% de pares i mares colombians bevedors, respectivament, els quals pràcticament tots permetien als seus fills (menors d'edat) fer-ho, mentre que únicament un 15% de mares no bevedores acceptaven aquesta conducta. La permissivitat social també fou un dels elements descoberts per Salazar, Varela, Tovar i Cáceres (2006) per explicar el consum d'alcohol d'estudiants universitaris d'entre 15 i 25 anys.

El consum d'alcohol però també pot esdevenir un element promotor de l'acceptació i la integració dins el grup d'amics tal i com mencionava Londoño (2007). Aquest resultat podria explicar-se per la Teoria de l'Acció Raonada, la qual estableix que per tal de predir una conducta s'ha de contemplar l'actitud cap a la conducta (avaluació positiva o negativa de realitzar la conducta) i les normes subjectives (influència social o pressions socials per a que l'individu efectui la conducta). Per tant, és més probable que una persona porti a terme una conducta si té una actitud positiva cap a la seva realització (si creu que li comportarà conseqüències positives o l'evitació de negatives) i quan detecti que les persones rellevants per a ell/a desitgen que realitzi la conducta, així com la motivació per a complir amb aquestes persones (Fishbein, 1990).

És més, sovint existeix un efecte de pressió del propi grup d'amics que empeny cap el consum. Aquest motiu, juntament amb la curiositat, foren les principals raons per l'inici i manteniment del consum d'alcohol detectades per Saddichha et al. (2007), així com Ballester i Gil (2009). Curiosament, però, Lyvers et al. (2010) detectaren una relació inversa entre la motivació de consum per evitar sancions socials i el consum d'alcohol de manera que possiblement qui beu per sentir-se integrat en un grup potser només necessita fer-ho en situacions aïllades i quan demanen alguna beguda aquesta els hi podria durar més estona.

Finalment, alguns joves relaten que en situació de grup aquells que no beuen alcohol sovint han d'atendre els efectes dels que n'han fet un consum excessiu i per tant sovint opten per a beure per un efecte de reforçament negatiu, és a dir, per evitar exercir sempre el rol de cuidador. Aquest fet concorda amb una actitud favorable al consum motivada per la creença que el consum d'alcohol contribuiria a l'evitació d'un fet indesitjable d'acord amb la Teoria de l'Acció Raonada (Fishbein, 1990).

Un darrer aspecte que els joves discuteixen sobre els motius de consum d'alcohol gira en torn a com s'ha establert l'oci nocturn, és a dir la vinculació que existeix entre el fet de sortir de festa i el de prendre begudes alcohòliques. En congruència amb aquest resultat una enquesta de l'INJUVE (2004) revelava que els llocs on majoritàriament es consumeix alcohol són els locals destinats a l'**oci nocturn** (bars, discoteques i pubs), seguits a gran distància de la casa (de o amb amics) i els llocs públics. Alguns participants relaten la falta d'alternatives d'oci que existeix durant les nits del cap de setmana o dels dijous entre els universitaris que decideixen sortir. D'altres veuen en les promocions dels locals una provocació al consum. Per exemple s'esmenta el fet que algunes discoteques inclouen dues consumicions gratuïtes en el preu de l'entrada. D'aquesta forma molts joves decideixen fer ús d'aquests vals en les begudes més cares (que solen ser begudes alcohòliques tals com els combinats) ja que refereixen "sentir-se estafats" si han gastat els 15 euros de l'entrada en dues *coca-coles*. Alguns joves consideren que si es consumeix alcohol és perquè aquesta conducta s'ha transformat en un hàbit ja adquirit en situacions d'oci. Un estudi realitzat per Expósito et al. (2009) posa de manifest que les activitats d'oci i temps lliure preferides pels estudiants de la Facultat d'Educació madrilenys són: "anar a locals, bars i festes" i "beure amb els amics, fer *botellón*", essent les activitats alternatives: el cinema, en el cas de les noies, i l'esport en els nois. En paraules de la FAD (2006) l'alcohol forma part de l'entramat simbòlic que tendeix a donar forma i significat als contextos d'oci i diversió dels joves juntament amb altres elements com la nit, la música, la moda, el sexe, etc. És a dir, la gran presència de consum d'alcohol i d'altres drogues dins l'oci nocturn fa que s'hagi normalitzat l'associació entre ambdós. De fet, la gestió de les activitats recreatives foren el millor predictor d'ús o no ús de drogues en un estudi realitzat a diverses ciutats europees per Calafat et al. (2008), essent les variables més rellevants: la intensa participació en l'activitat, les motivacions principals per sortir (reunió d'amics, cerca d'una parella, búsqueda de drogues i alcohol) i els criteris per la selecció dels llocs (de no fumadors, poc ús de drogues il·legals o poc ús de "locals de mala mort"). La importància de les variables recreatives en la vida dels joves podria esdevenir per la implicació en aquestes activitats des d'una edat precoç, a banda de la

gran capacitat de la cultura recreativa per captar l'interès de la gent jove amb elements com la música, el ball, la moda, la trobada de contactes i l'ús de substàncies com a facilitador d'aquestes activitats. S'ha de tenir en compte que l'objectiu és divertir-se, procurant que l'experiència sigui el més duradora possible, amb l'expectativa posterior de repetir l'experiència el proper cap de setmana (Calafat, Fernández, Juan i Becoña, 2007). En el cas dels estudiants universitaris alguns elements que poden intervenir la pràctica de l'oci nocturn pot ser la càrrega curricular, la jornada d'estudis i les activitats acadèmiques i extraacadèmiques (Camacho, 2005). Segons Martín (2007) l'estrès acadèmic té un paper rellevant en la vida de l'estudiant i en la vinculació amb la salut d'aquests. L'autora descriu un increment del consum de tabac i de cafeïna durant el període més estressant per l'alumnat, possiblement com una resposta davant l'ansietat de l'època d'exàmens o bé per a mantenir-se alerta i despert per dedicar les hores de son a l'estudi. No obstant, adverteix d'una reducció d'un 30% del consum d'alcohol durant aquesta mateixa etapa, probablement per una reducció del temps lliure destinat a consumir alcohol en època d'exàmens. Per tant, un dels elements a tenir en compte de cares a la planificació de programes de prevenció és la gestió de les activitats recreatives, és a dir, el control sobre la participació en activitats i sobre l'ús de substàncies com a eina per a realitzar-les en grups de risc, així com l'intent de promoure una altra forma d'oci durant el cap de setmana (Calafat et al., 2008).

7.2.1.2. Motius de no consum

En explorar els arguments justificatius de l'abstenció al consum d'alcohol es detecten tres posicions. En primer lloc es fa referència a motius relacionats amb la **influència social**. Concretament, alguns dels joves consideren que l'entorn pot provocar una declinació al consum en el cas de: no haver presenciat models bevedors o bé en el cas contrari, quan s'han testimoniat experiències problemàtiques vinculades al consum d'alcohol. Els participants de la mostra centren els seus arguments en els antecedents familiars, opinant que aquests poden generar una reticència al consum en cas de que la *família no begui alcohol* habitualment i per tant aquesta conducta no hagi format part del repertori adquirit pel procés d'aprenentatge per imitació. Per altra banda aquells que han tingut l'experiència d'un familiar proper, especialment si aquest ha estat el *pare*, amb *problemes d'addicció* a aquesta substància podrien haver provocat un aprenentatge vicari que es traduiria en un rebuig cap el consum; així com també seria susceptible de provocar-lo el fet de conèixer que algun familiar hagués patit la màxima

conseqüència negativa associada al consum, és a dir, *la mort*. Altres consideracions vinculades a la influència social en el refús del consum d'alcohol van lligades a un entorn on hi ha una forta presència d'aquesta substància, la qual es podria identificar com a causa d'algunes situacions que es volen evitar per un mateix. Aquests arguments queden reflectits en la teoria de l'aprenentatge social de Bandura i Walters (1979) descrita en l'apartat 3.2.

Pel que fa als **motius personals**, un argument que s'associa al no consum fa referència a les raons que deriven d'experiències o motivacions personals tals com la prohibició manifesta d'algunes religions com la musulmana. Els autors americans Michalak, Trocki i Bond (2007) detectaren una forta relació entre la religió i el consum d'alcohol, especialment en l'abstenció al consum. Concretament observaren que aquelles persones amb afiliacions religioses evitaven els tipus de consum menys desitjables en comparació amb aquells que confessaven no pertànyer a cap religió. A més, les variables vinculades a la religió doblaven la variança explicada pel model per predir l'abstenció al consum i el *heavy drinking*, un cop controlades les variables demogràfiques.

Altres raons fan referència a la llibertat a l'hora de decidir els comportaments que un vol portar a terme o no, per tant, s'interpreta com una decisió pròpia. Per altra banda, alguns joves fan referència a la por a tornar-se addicte a l'alcohol o a un gran respecte vers aquesta substància. És interessant destacar que pocs joves fan referència a la salut en el llistat de motivacions pel no consum i quan ho fan és per a referir-se a la incompatibilitat expressa amb algunes patologies diagnosticades o fàrmacs prescrits. Aquest fet podria deure's al fet que les conseqüències greus per a la salut no acostumen a ser immediates (Redondo et al., 2001).

Finalment, alguns dels raonaments aportats tenen a veure amb no consumir alcohol per **evitar** que **els seus efectes** interfereixin en alguna activitat que es pretén realitzar. Per una banda, es fa esment a un acte de responsabilitat, a l'hora de *conduir*, i per l'altra possibilitar el gaudi d'altres activitats d'oci com pot ser voler escoltar un *concert*. És a dir, els joves admeten que l'alcohol ocasiona inevitablement una interferència immediata en la capacitat de prestar atenció, analitzar i gaudir de les activitats que es porten a terme durant el seu consum. La principal raó per no consumir alcohol detectada per la *National Alcohol Survey 2000* (NAS10) fou la pèrdua de control seguida dels problemes amb l'autoritat, la interferència amb la feina, el perjudici per la salut, el preu massa car, el fet de sentir-se malalt, la reprovació del consum per part de la família

o els amics, la prohibició del consum per part de la religió i la por a la dependència alcohòlica (Michalak et al., 2007). Londoño (2005) adverteix que és important fer notar que no se sap exactament quin és el paper que juguen les expectatives negatives en la predicció del consum d'alcohol, així com no queda clar d'on provenen, com es formen i si canvien degut a certes circumstàncies ja que la relació no s'estableix de forma directa sinó que les creences actuen com a base pel desenvolupament de processos cognitius entre ells el balanç decisional, la percepció d'autoeficàcia i les temptacions. En aquesta mateixa direcció Willner (2001) parla d'un manteniment de les expectatives negatives en el temps i en funció de la freqüència de consum d'alcohol.

7.2.1.3. Motius de la primera experimentació

En els grups focals amb els estudiants universitaris també es va explorar per quines raons els joves s'inicien en el consum d'alcohol. Els resultats obtinguts es divideixen en tres motivacions que fan referència a aspectes socials, personals o vinculats a la diversió.

En relació a les motivacions **socials** que empenyen a tastar l'alcohol emergeixen valoracions com voler semblar o ser gran. L'alcohol, doncs, al ser present en moltes situacions de la vida dels adults es categoritza com un element definitori del món d'aquests i per tant una manera d'acostar-se a aquest estatus és a través del seu consum. Un altre aspecte estretament vinculat a les raons socials per iniciar-se al consum d'alcohol és voler ser com els altres. És a dir, l'alcohol figura en diverses situacions socials, sovint associat a celebracions o a situacions de diversió, per tant, observar com d'altres persones en prenen desperta una necessitat de consumir-ne també per tal de no diferenciar-se de l'entorn. Un darrer aspecte que els joves discuteixen gira en torn a la idea que en algunes ocasions són els propis pares els que n'ofereixen. Els joves asseguren que en situacions de festivitat molts pares donen als seus fills petites quantitats de cava o vi perquè els fa gràcia veure'n la reacció. El fet però que els propis progenitors n'ofereixin es mostra incongruent amb la prohibició explícita de prendre alcohol que en alguns casos es fa manifesta a l'adolescència. A més, podria reduir la sensació de perillositat d'aquesta substància.

L'inici al consum d'alcohol pot esdevenir, segons els participants de l'estudi, per motius **personals**, atès que aquest fenomen acostuma a coincidir amb l'adolescència, etapa del cicle

vital caracteritzada per una actitud de rebel·lia que genera la necessitat de diferenciar-se dels pares i condueix sovint a realitzar conductes contràries a les peticions o recomanacions d'aquests. Aquesta etapa també es caracteritza per l'experimentació, la cerca de conductes estimulants que pot generar un sentiment de curiositat pel consum d'alcohol que es satisfà provant-lo. Val a dir però que sumades a les propietats esmentades, l'adolescència es veu marcada per una sensació d'invulnerabilitat que provoca en el jove una falsa sensació de seguretat. Segons Funes (2003) aquesta etapa del cicle vital es caracteritza per descobrir i experimentar. Aquest fet es tradueix en provar, assajar, experimentar, apropar-se a allò desconegut, temptejar les forces i sentir el risc o l'angoixa de la por.

Talment com en els motius per a consumir alcohol, la **diversió**, forma part del repertori de raons que, segons els universitaris de la mostra, condueixen al primer contacte amb l'alcohol.

7.2.1.4. Motius per abandonar el consum

Si ens centrem en les raons que porten a deixar de consumir alcohol, segons la valoració dels universitaris de la mostra, detectem que n'hi ha tres de diferenciades: els canvis vitals, la salut o bé hi ha qui no descobreix motius per a fer-ho.

Per la majoria dels joves de la nostra mostra abandonar el consum sovint significa l'aparició prèvia de **canvis vitals**. En primer lloc, esmenten un canvi de prioritats, o el que és el mateix, no donar tanta importància al fet de sortir de nit per tal de donar preferència a altres aspectes com l'esport, la feina, etc. Alguns dels arguments que els joves ens ofereixen guarden relació amb un canvi en l'oci, és a dir, vinculat al fet de *deixar de sortir de nit*, fet que afirmen que es produeix de forma gradual i lligat a un canvi de vida i no a una decisió predeterminada. D'altres joves esmenten que a mesura que van passant els anys, els *locals* freqüentats habitualment es van omplint de *gent més jove* que possiblement comencen a sortir, fet que els incomoda i fan que deixin d'acudir-hi. Finalment, els universitaris refereixen que l'aparició de responsabilitats, tals com viure en parella o formar una *família*, l'aparició d'alguna *malaltia d'un familiar*, o les *obligacions acadèmiques o laborals* fan que disminueixin les ganes de sortir de nit i per tant de consumir. Colby et al. (2009) preguntaren a estudiants universitaris nord-americans com creien que canviaria la seva vida després de la universitat de forma que els joves mencionaren: l'aparició d'una feina, de responsabilitats i de relacions, de noves amistats, de nous interessos,

d'independència, una focalització en la salut i conseqüentment aparegueren les idees d'un ambient amb menys alcohol, amb un nou rol per aquesta substància on no seria usat com a vincle amb altres activitats i per tant no seria el focus de l'activitat.

Novament poques persones contempen la **salut** com un motiu rellevant per abandonar el consum d'alcohol si bé hi ha qui esmenta que l'ensurt d'haver patit conseqüències en la salut o "cops d'atenció" derivades del consum d'alcohol poden portar a reflexionar sobre la conveniència de mantenir o no aquesta conducta. És a dir, els joves es plantegen abandonar el consum quan ja existeix un problema de salut derivat de la ingesta d'aquesta substància i no abans, per tant caldria incidir en la conscienciació en la promoció de la salut des de la prevenció primària i així minimitzar l'ús de la prevenció secundària o terciària.

Finament, les dades indiquen que hi ha persones que **no descobreixen motius** per a abandonar el consum d'alcohol i per tant, converteixen aquest en un hàbit crònic. Alguns joves mencionen que coneixen persones d'uns 40 anys que prenen quantitats d'alcohol similars o majors als joves de 18 anys valorant que ells creuen que a la seva edat no ho farien. D'aquest fet se'n desprèn que els joves consideren que beure alcohol entre els 18-20 anys és un comportament prototípic, però que a més edat és convenient deixar de fer-ho. Els autors Anderson, Ramo, Cummins i Brown (2010) analitzaren una mostra d'adolescents que havien participat d'un tractament per l'addicció al consum de substàncies en un centre especialitzat durant 10 anys. Tot i que passada una dècada la majoria continuaven abstinentes o amb un ús infreqüent, fins i tot en el cas d'haver rebut ajuda terapèutica, detectaren 5 altres perfils: ressorgiment al final de l'adolescència, ressorgiment a l'inici de l'adulthood, consumidor habitual d'alcohol, consumidor habitual d'alcohol/addicció a altres drogues i crònic.

7.2.2. EDAT PROPÍCIA D'INICI AL CONSUM

7.2.2.1. Edat propícia d'inici al consum

Un dels aspectes que s'ha explorat en aquesta fase de la recerca és la valoració dels joves respecte l'edat propícia d'inici al consum d'alcohol. Globalment nois i noies es mostren partidaris de començar a consumir alcohol entre els 14 i els 17 anys, majoritàriament entre els 15 i els 16 anys; és a dir, per sota de la majoria d'edat i de l'edat mínima legal establerta per al consum (a

partir dels 18 anys de forma genèrica i als 21 pel que respecta a les begudes de 40 graus o més). Per altra banda, però, alguns universitaris defugen de considerar l'edat i es basen en variables de tipus social i personal per establir el moment idoni per a l'inici de l'experimentació amb l'alcohol.

Pel que fa als factors **socials**, alguns joves argumenten que l'inici dependrà del grup d'amics, així aquells més joves que es relacionen amb amics de més edat és d'esperar que s'iniciïn abans.

En relació als aspectes **personals** els resultats evidencien una consideració de la responsabilitat en l'inici al consum. En aquest sentit creuen que el moment idoni per experimentar amb l'alcohol s'assoleix quan la persona és prou madura per a realitzar consums moderats d'alcohol pel que respecta a freqüència de consum i quantitat.

A banda de la responsabilitat es fa esment a la fisiologia. És a dir, els participants exposen que el cos d'aquells més joves (12 anys), encara en desenvolupament, genera poca tolerància a l'alcohol, així com una major afectació en cas de prendre'n. Per tant es considera que l'inici no hauria de coincidir amb períodes de creixement i per tant hauria d'esdevenir sempre després de la pubertat. Aquesta idea queda confirmada per les recomanacions del *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008b) el qual aconsella l'abstenció absoluta d'alcohol a joves menors d'edat, si bé dades recents (Moore, Rothwell i Segrott, 2010) situen l'edat d'inici del consum d'alcohol en la majoria dels joves britànics (65.9%) per sota dels 12 anys. Dades espanyoles indiquen que a aquesta edat ho han provat el 22.8% de preadolescents (Moral i Ovejero, 2009), essent lleugerament superior (25.2%) el percentatge de gironins que l'han tastat en alguna ocasió o bé són consumidors habituals (20.4% han provat l'alcohol i 4.8% en beuen de forma regular (Salamó, 2008).

7.2.2.2. Edat legal d'inici al consum

S'ha pogut constatar en aquest estudi que els estudiants universitaris de la mostra titllen **d'inefectiva** l'actual normativa en torn a l'edat legal d'inici al consum (als 18 anys i a partir dels 21 en begudes a partir de 40 graus). Els seus raonaments giren en torn al poc control existent

per a vetllar pel seu compliment ja que refereixen que hi ha poca supervisió de l'edat de les persones que adquireixen alcohol. Per altra banda, en cas que es negui la venda d'alcohol a algun menor d'edat, aquest sovint n'acaba obtenint a través de la compra d'un company de 18 o més anys.

Altres joves consideren que existeixen interessos creats, de caire econòmic, en el poc control de l'edat dels compradors d'alcohol ja que els propietaris dels locals sovint prioritzen els guanys que obtenen amb la venda d'alcohol per sobre de la salut dels joves. Analitzant aquest punt, els joves informaren de diferències percebudes en el control de l'edat a l'entrada dels locals d'oci nocturn de manera que els porters mostraven més permissivitat en el cas de les noies per assegurar un col·lectiu nombrós d'aquestes a l'interior i així garantir l'interès d'entrada de nois per tal de procurar, amb uns i altres, un major nombre de consumicions.

Amb tot, els participants apuntaren que aquesta normativa, podria estar propiciant la realització del fenomen del botellón. Els motius recauen en el fet que la prohibició en els menors d'edat d'entrar als locals o bé de prendre-hi alcohol en cas d'haver entrat pot provocar que aquests busquin alternatives per a poder aconseguir l'alcohol, una de les quals pot ser adquirir-lo en un supermercat i consumir-lo al carrer acompanyat d'altres companys. Aquest argument no troba recolzament en la literatura atès que són diversos els autors que descobreixen un percentatge més elevat d'universitaris i no pas d'adolescents realitzant *botellón* (Cortés et al., 2008; Gómez-Fraguela et al., 2008), essent els motius principals per a la realització d'aquesta pràctica: la diversió, l'estalvi econòmic, estar amb els amics, desconnectar i desinhibir-se. Tanmateix, els universitaris mencionaren altres motius: controlar la qualitat de la beguda ingerida, fugir de les aglomeracions i escoltar música. No obstant, els adolescents van fer referència a motius més vinculats a la pressió social: no quedar-se sol, seguir la moda o consumir altres substàncies (Cortés et al., 2008).

Amb l'objectiu d'aprofundir en aquest tema s'explorà la conveniència o no de prendre alguna **mesura** al respecte, i n'aparegueren dues. L'una se centra en l'èmfasi en respectar l'edat legal, incrementant els controls demanant el DNI tant per a entrar als locals d'oci nocturn com per a consumir.

Altres participants van estimar més adient abaixar l'edat, ajustant-la a una posició més realista en la societat actual, entenent que sovint el que atrau de consumir alcohol és la seva prohibició, així

com que quant més rígides són les normes més difícil és el seu compliment. Aquest argument es troba en sintonia amb el de la majoria d'estudiants nord-americans menors de 21 anys analitzats per Martínez et al. (2009) els quals sostenien que l'edat mínima legal pel consum d'alcohol a Estats Units s'hauria de reduir fins els 18-19 anys (actualment 21), declarant que d'aquesta forma probablement disminuirien les taxes de consum, els episodis de borratxera i els problemes derivats del consum d'aquesta substància. No obstant, l'increment de l'edat legal per beure alcohol és el que provoca una reducció de les ventes i les conseqüències del consum en els joves (Babor et al., 2003). A més, l'OMS recomana que el límit estigui situat als 18 o més anys per tal d'evitar que els adolescents, el cervell dels quals es troba en procés de maduració, prenguin alcohol ja que el consum a aquestes edats els pot provocar interferències, i els fa més vulnerables a una dependència alcohòlica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

7.2.3. TIPOLOGIA DE CONSUM

7.2.3.1. Segons l'edat i la freqüència de consum

En explorar les tipologies de consum hem identificat dos posicionaments, l'un pel que es refereix al consum portat a terme pels adults i un de diferenciat pels joves.

El consum dels **adults** és etiquetat de responsable. Concretament, opinen que socialment no està ben vist que un adult s'emborratxi mentre que aquest mateix fet és més comprensible en el cas dels joves. És a dir, els resultats suggereixen que els joves justifiquen les intoxicacions etíliques en els seus coetanis mentre que les reproveixen en els adults.

Pel que fa al consum dels **joves**, es diferencia segons si es porta a terme durant els dies laborals o bé en situació de cap de setmana. El consum de begudes alcohòliques a diari ha estat conceptualitzat de forma diferent pels universitaris en funció de la *magnitud* ingerida. El volum ingerit no acostuma a ser abundant (*poc consum*), valorant aquest com a *beneficiós per a la salut* i mereix una bona consideració per alguns joves, és a dir, aquest comportament està *ben vist* entre ells. Aquests resultats concorden amb les dades detectades per Expósito et al. (2009) entre estudiants universitaris madrilenys, els quals respongueren la magnitud de consum d'alcohol mitjançant una escala tipus likert amb les opcions: 1- molt poc, 2- poc, 3- mig, 4- bastant, 5- molt i 6- tot el que puc, essent la mitjana de consum del cap de setmana 2.62 (3.06 nois i 2.54 noies),

mentre que entre setmana 1.24 (1.51 nois i 1.17 noies). Quant al *consum elevat* en dies laborables es considera *irresponsable* donat que entre setmana existeixen obligacions, tals com estudiar o treballar, a les quals s'ha de respondre de forma eficaç. Alguns joves associen el consum elevat entre setmana a individus amb *problemes personals* que els posiciona en una situació de derrotisme o indefensió.

Un altre element que els joves van emfasitzar fou el *tipus de beguda consumida* en dies laborables, fonamentalment *cervesa*.

Una nova variable d'interès fou els *motius* que condueixen al consum d'alcohol durant els dies de cada dia, destacant-ne dos. El primer fa referència a un *hàbit* o costum vinculat en alguns casos a la beguda escollida durant els àpats. En segon lloc s'apel·la al *gust* de la beguda, és a dir, s'afirma que qui beu entre setmana possiblement ho fa perquè li agrada el gust del vi o la cervesa bàsicament.

A continuació els joves analitzaren els patrons d'oci nocturn del cap de setmana de les persones que beuen alcohol a diari, mencionant que no acostumen a acudir a discoteques sinó que prefereixen assistir a ambients o locals on puguin gaudir de més tranquil·litat.

En la reflexió dels joves sobre el consum d'alcohol durant el cap de setmana, destaquen el cas de molts universitaris que solen prendre alcohol ja durant les *nits de dijous* i per tant per a ells aquest moment es converteix en l'inici del cap de setmana. La realitat actual porta als joves a contemplar una de les pràctiques realitzades durant els caps de setmana: el *botellón* que permet adquirir alcohol de forma més econòmica i menys controlada en establiments com supermercats. Expósito et al. (2009) observaren que un 92.1% d'estudiants (90.6% de nois i 92.4% noies) de la Facultat d'Educació de la Universidad Complutense mencionava el *botellón* com una de les activitats d'oci realitzades habitualment.

Els resultats obtinguts evidencien diferències en relació als motius del consum d'alcohol a diari o de cap de setmana. Si bé, en dies laborals es beu alcohol per hàbit o bé pel gust, els caps de setmana s'acostuma a prendre aquesta substància a la *cerca dels seus efectes* principalment: *per a divertir-se* o amb la intenció d'assolir un *estat d'embriaguesa*.

7.2.3.2. Segons el gènere

S'observen diferències en la concepció dels joves sobre el consum d'alcohol en funció del gènere pel que fa a tres qüestions: la magnitud d'alcohol ingerida, el tipus de beguda escollida i el consum a diari.

Segons les declaracions dels participants de l'estudi els nois consumeixen alcohol en major **magnitud** que elles, d'acord amb els treballs de Ballester i Gil (2009) i Chau i Oblitas (2007). Els motius aportats pels joves de la mostra responen a un fet vinculat a la cultura i tradició, és a dir, a la transmissió cultural que el consum d'alcohol és un costum practicat pels homes. No obstant, alguns joves argumenten que entre els nois existeix un sentiment de competència respecte la quantitat d'alcohol consumida que correlaciona de forma positiva amb l'orgull de manera que haver consumit una gran quantitat d'alcohol serveix per a presumir davant els amics. Per altra banda, alguns universitaris apel·len a les diferències fisiològiques i metabòliques entre ells i elles per a explicar un major consum en els nois. Per tant, consideren que els nois beuen més alcohol perquè són ells els que aguanten majors quantitats. Finalment els joves citen la *tolerància* com a element explicatiu d'una major ingesta d'alcohol entre el sector masculí i així exposen que si els nois estan més acostumats a prendre alcohol, fins i tot en dies laborables, l'organisme crea un efecte d'habitució o tolerància que fa que cada vegada es necessitin quantitats més elevades d'alcohol per a assolir els mateixos efectes.

El **tipus de beguda** predilecta també és motiu de diferències entre gèneres de forma que entre els nois es fa palesa una preferència pel consum de cervesa si bé no s'especifica quin tipus de beguda prefereixen les noies

En relació al **consum diari** aquest és menys característic del sector femení. Les argumentacions giren en torn a quatre postulats. Globalment nois i noies sostenen que un element influent és la presència de models masculins consumint alcohol a diari i la conseqüent falta de models femenins. Autors com Chau i Oblitas (2007) suggereixen que les diferències en la freqüència i en els patrons de consum d'alcohol entre nois i noies són atribuïbles a factors culturals. Concretament s'expliquen pels rols de gènere, és a dir, pel fet que en les cultures hispàniques els homes són animats a prendre begudes alcohòliques, rarament les dones, així com la influència dels models que s'associen a homes i a dones en l'entorn o bé vinculats a la publicitat.

D'altres joves aporten explicacions alternatives declarant que actualment existeix un sexisme educatiu que fa que hi hagi una major tendència per part dels pares a oferir alcohol als seus fills i en canvi certa reticència a proporcionar-lo a les filles. Aquest fet podria incitar als nois al consum. Aquests arguments estan en sintonia amb els resultats de Ballester i Gil (2009) els quals observaren que mentre els nois prenen alcohol, no únicament durant els caps de setmana, les noies beuen sobretot en celebracions perquè els resulta més senzill relacionar-se i per estar el consum d'alcohol de les filles pitjor considerat que el dels fills. Aquesta idea és confirmada per altres estudis com n'és exemple la recerca elaborada per Bríñez-Horta (2001) el qual identificà que el 63.9% dels pares i el 35.5% de les mares prenia alcohol habitualment; a més, el 63.43% dels pares permetien que els seus fills homes beguessin i només el 50.84% permetien que les seves filles ho fessin.

Per altra banda, alguns participants consideren que socialment no està ben valorat el consum femení en dies laborables. Si bé, d'altres opinen que si hi ha menys noies consumint alcohol a diari és perquè aquestes es caracteritzen per una major responsabilitat.

7.2.4. MAGNITUD DE CONSUM

7.2.4.1. Magnitud de consum

En considerar la magnitud de consum els joves feren referència al dia de consum, la falta de control, la tolerància i l'edat.

Pel que fa al **dia de consum** destacaren que a diari les quantitats d'alcohol ingerides són inferiors a les que s'acostumen a prendre durant el cap de setmana, de manera que avaluaren la mitjana de consum obtinguda en aquest estudi (7 UBE) com a normal en cas de tractar-se d'un consum de cap de setmana.

Alguns joves manifestaren que superar aquesta quantitat (7 UBE) és sinònim de patir una **falta de control**. Aquesta idea és confirmada pel recent estudi de Carlson, et al. (2010) els quals atribueixen la predictibilitat dels episodis de consum massiu d'alcohol en estudiants universitaris canadencs a la impulsivitat, principalment a la impulsivitat motora, entesa com la ràpida actuació

sense premeditació. Els autors apunten que els joves impulsius amb episodis freqüents de *binge drinking* podrien desenvolupar, conseqüentment, un deteriorament de la capacitat de mantenir el control del comportament. Així mateix, també destaquen com a factors influents: la cerca d'aventura i emoció i la susceptibilitat a l'avorriment. D'altres autors (Cyders, Flory, Rainer i Smith, 2008) van més enllà i especifiquen que la impulsivitat es diferencia per la urgència negativa (*negative urgency*, tendència a actuar precipitadament en experimentar efectes negatius) i la urgència positiva (*positive urgency*, inclinació a respondre de forma impulsiva davant emocions positives), integrant així els sistemes emocionals i de motivació amb el comportament impulsiu. La urgència positiva a l'inici del curs escolar, tot i que no la negativa, fou predictora de la quantitat d'alcohol consumit, així com dels problemes patits pels universitaris al final del curs.

Per altra banda, els joves refereixen que qui pren més de 7UBE ho fa per un procés de **tolerància**, és a dir, perquè el seu organisme s'ha avesat a quantitats similars. No obstant, també l'**edat** seria una variable rellevant ja que consideren que la magnitud de consum es modera a mesura que s'incrementa l'edat.

7.2.4.2. Límit de consum

Amb l'objectiu d'aprofundir en la magnitud de consum acceptable es demanà als participants una reflexió sobre el límit en el consum d'alcohol. Emergiren tres postulats diferents. En primer lloc els joves revelaren les **variables influents** que segons el seu punt de vista afecten el límit del consum. Aquestes variables fan referència a aspectes personals i socials.

Els motius personals per a determinar el llindar de consum d'alcohol depenen d'aspectes *fisiològics* tals com: haver satisfet la *set*, notar una sensació de *plenitud* o de tenir l'estómac tip, sentir *tedi* o *cansament* de la conducta de beure alcohol, o bé notar la senyal que ens enviaria un hipotètic *sistema d'alerta* que s'hauria creat a través de l'experiència i que advertiria del moment en que convindria aturar el consum d'alcohol per tal d'evitar patir els efectes negatius.

Paral·lelament, existrien aspectes *emocionals* que guiarien el límit de consum i que fan referència a l'estat d'ànim del dia en que es pren alcohol.

Per altra banda, els joves expressen variables tals com el tipus de *beguda escollida* que afectarien a la magnitud màxima elegida, entenent que n' existeixen de diferents graduacions i per tant qui prengui habitualment cervesa possiblement en podrà consumir una major quantitat en comparació amb qui tingui per costum beure altres tipus de licors amb major graduació.

El *temps destinat a l'oci* és un nou element considerat pels joves, creuen que aquelles persones que dediquen més hores a l'oci nocturn possiblement prendran més quantitat de begudes alcohòliques.

El *tipus d'alimentació* ingerit prèviament al consum d'alcohol és un nou element a tenir present a l'hora de limitar-lo. És a dir, la nutrició constitueix una variable amb la qual els joves poden regular els efectes assolits amb major o menor quantitat d'alcohol i conseqüentment amb major o menor despesa econòmica. És interessant destacar que alguns joves decideixen no ingerir aliments abans de sortir de nit amb la finalitat de beure begudes alcohòliques i obtenir els efectes del seu consum amb més rapidesa i per tant, estalviar diners en consumicions.

Un altre argument vinculat a les variables personals que afecten el límit de consum guarda relació amb els *efectes*. És a dir, alguns universitaris comparteixen l'opinió que alguns joves cessen el consum d'alcohol un cop assolits els efectes desitjats en funció de les *expectatives* prèvies. Els principals efectes perseguits fan referència a la *desinhibició*, el fet de *sentir-se bé* i l'*alegria*. És interessant però la reflexió d'alguns joves que puntualitzen que el llinar de consum ha d'esdevenir *abans de perdre la consciència* per tal de ser capaç de romandre seriós si la situació ho requereix i poder mantenir una conversa lúcida i coherent.

S'ha pogut constatar en aquest estudi que sovint el límit de consum el marquen variables de tipus social com és el cas *dels amics*. Així alguns joves es deixen portar per l'entorn i tendeixen a consumir les quantitats que el grup d'amistats prenguin, amb el perill que comporta degut als diferents nivells de tolerància individuals, així com a les diferències que ens vénen donades per la fisiologia.

A banda de les diferents variables que tenen pes a l'hora d'establir el llinar de consum, la valoració que fan alguns universitaris va en la línia d'una **gran dificultat per a decidir el límit**, fins i tot alguns d'ells admeten que són conscients del límit adequat l'endemà del consum, un cop

descobreixen que van gaudir de la nit i la quantitat d'alcohol que van prendre, o bé que van sobrepassar el llindar idoni.

Analitzant el llindar de consum d'alcohol, els joves aporten la reflexió que **el límit depèn de cadascú**, és a dir, aquest difereix d'unes persones a les altres, conformant un consum adequat entre 2-7 UBE segons els participants, essent l'opció majoritària entre 4-5 UBE en una única ocasió. Aquesta magnitud sobrepassaria el límit de consum diari considerat d'alt risc per a la salut sobretot en el cas de les noies (4 UBE i 2.4 UBE en nois i noies respectivament) tot i que no formaria part del considerat consum massiu el qual s'estableix a partir de 6 UBE en ells i de 4 UBE en elles (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007a; 2008b; OMS, 2008).

7.2.5. RISC PER A LA SALUT

En analitzar el risc per a la salut s'observaren dos posicionaments en relació a la **informació** existent. Majoritàriament els joves compartien l'opinió de que aquesta no és suficient tot i que d'altres sostenien que el problema no prové d'una falta d'informació sinó del fet que no se'n fa cas i per tant es desestima aquella informació rebuda. Aquells joves que al·legaven una falta d'informació fins i tot traslladaven dubtes al grup en relació a la possibilitat o no d'una afectació cerebral produïda pel consum d'alcohol, mentre afirmaven haver rebut, a l'institut, aquest tipus de notícia en relació al consum de cànnabis. En congruència amb aquesta dada, Ballester i Gil (2009) observaren que un 80% dels universitaris valencians que van formar part del seu estudi considerava que tenia suficient informació sobre els efectes de l'alcohol, tot i que un 52% sostenia que l'alcohol podia ser beneficiós per a la salut en algun sentit. Aquesta qüestió va ser plantejada també per Teruel et al. (2003) els quals analitzaren el coneixement dels perjudicis per a la salut de les persones que acudien a un centre de salut mental de Navarra, sol·licitant-los les principals afectacions produïdes pel consum d'alcohol. Un 32% dels participants al·ludiren a malalties que realment no estan vinculades amb el consum d'alcohol, essent el perfil de les persones amb un major grau de desinformació el d'un home, menor de 35 anys, amb majors consums d'alcohol (qui gaudia de millor informació consumia de mitjana 0.63 UBE/dia vers 1.28 UBE/dia dels més desinformatos).

En aprofundir en el risc per a la salut els participants mencionaren tres tipus de **variables rellevants**. En primer lloc, la magnitud de consum, de tal manera que només existeix concepció

de risc per a la salut en cas de consumir quantitats d'alcohol estimades excessives, coincidint amb el 98% de les persones enquestades en el treball de Teruel et al. (2003). Resulta curiós però que els universitaris del present estudi esmentaren explícitament que el consum considerat perjudicial fa referència a elevades ingestes diàries de manera que assolir estats d'embriaguesa el cap de setmana no entra dins aquesta concepció de risc. El 87% de la mostra analitzada per Ballester i Gil (2009) també cregué que únicament es podia considerar perjudicial el consum diari, tot i que el 85% si es consumeix durant molts anys, el 74% si s'assoleixen estats d'embriaguesa, el 67% únicament si es barregen amb d'altres drogues, el 63% si es tolera poc i el 51% si s'ha menjat poc.

En segon lloc s'apela al policonsum com una de les variables amb rellevància a l'hora d'avaluar els consums de risc per a la salut. En aquest punt els joves diferenciaren entre el *policonsum de begudes* el qual incrementaria el risc i el *policonsum de substàncies*, manifestant que sovint qui més beu també possiblement fa ús d'altres drogues com el cànnabis o la cocaïna. A més s'especificà que el consum d'alcohol sol ser inferior quan s'ha consumit cànnabis perquè els efectes són més intensos. Aquest resultat coincideix amb les troballes de la FAD (2006) atès que detectaren que un 59.3% dels joves de 15 a 24 anys que prenen alcohol també eren consumidors de tabac, un 33.2% de cànnabis, un 8% de cocaïna, un 7.1% d'èxtasis i un 0.7% d'heroïna. Aquesta condició de policonsum ha estat àmpliament detectada en situacions de *botellón*. Gómez-Fraguela et al. (2008) observaren que un 57.9% dels joves habituals dels *botellons* consumien tabac, un 42.9% cànnabis, un 6.7% al·lucinògens, un 6% cocaïna, així com un 4.5% tranquil·litzants.

Finalment es fa referència a l'atzar. S'han detectat en aquest estudi diverses respostes vinculades a la *probabilitat* o atzar en les afectacions de la salut, per tant alguns joves creuen que el consum pot provocar o no certes afectacions. Per altra banda, molts universitaris senten una posició d'*invulnerabilitat* respecte els efectes negatius del consum d'alcohol, creient que els perjudicis no els afectaran a ells, sinó a les altres persones. Aquests arguments estan en sintonia amb el model del biaix optimista (*unrealistic optimism*) de Weinstein (1980). Segons aquest autor quan ens comparem amb les altres persones en relació a la probabilitat d'ocurrència dels esdeveniments, tendim a atribuir-nos una major possibilitat d'ocurrència pels esdeveniments positius i menor pels negatius. L'existència de biaix optimista relacionat amb les conductes addictives i amb altres comportaments de risc ha estat constatat en diversos estudis (Font, Oliveras, Gras i Planes, 1997; Oliveras, Font-Mayolas, Gras i Planes, 1999; Weinstein, 1984;

1987). Aquest biaix optimista es veuria influït pel grau de conveniència, la probabilitat percebuda, l'experiència personal, la rellevància d'estereotips, però sobretot per la controlabilitat percebuda de l'esdeveniment, així com pel grau de compromís emocional amb el resultat que s'estableix mitjançant consideracions cognitives i motivacionals. Aquestes dades podrien ser extrapolades al cas del consum d'alcohol de manera que infravalorar la probabilitat de conseqüències negatives derivades del consum podria animar al consum.

Els joves feren menció al tipus de **conseqüències** per a la salut ocasionat pel consum d'alcohol diferenciant entre aquelles conseqüències immediates i aquelles que es produeixen a llarg termini.

Les conseqüències immediates es dividiren entre les que són susceptibles d'afectar la *salut física*, com són l'aparició de *refredats*, *estats de coma*, la possibilitat d'una *hemorràgia* en cas d'una ferida, així com la *interferència amb la dieta* que proporciona el sucre contingut en les begudes alcohòliques. Tot i que és cert que el consum d'alcohol és una font d'energia que pot contribuir a l'augment de pes corporal, un estudi recent de Wang, Lee, Manson, Burin i Sesson (2010) posa de manifest l'existència d'una relació inversa entre la quantitat d'alcohol consumida i el pes guanyat al llarg de 12.9 anys de seguiment en 19.220 dones d'EUA amb un Índex de Massa Corporal (IMC) dins la normalitat a l'inici de l'estudi (IMC entre 18.5 i 25), un cop contemplats altres factors com l'edat, el tabaquisme, el consum d'energia no alcohòlica, el nivel d'activitat física, l'estil de vida i altres factors dietètics.

Paral·lelament s'esmentà l'efecte *psicològic* caracteritzat per la *pèrdua de control* que condueix a realitzar actes que sense haver begut la persona no faria. També s'apuntaren afectacions a nivell *social* referint-se a una situació de feblesa o *indefensió* en la interacció amb els altres (la qual es fa més evident en les noies), la provocació de *baralles* així com *accidents de trànsit* o *caigudes*. Tot i que és evident que els joves són coneixedors d'aquestes repercussions a l'esfera social, segons Chau i Oblitas (2007) alguns joves que realitzen consums de risc per a la salut no perceben aquests problemes, posant de manifest que la ingesta alcohòlica no és considerada un problema social. Investigacions anteriors on s'analitzen les afectacions provocades pel consum d'alcohol en estudiants universitàries en detectaren en el 41% dels casos d'entre les quals destaquen: beure més del planificat (22%), pèrdua de coneixement (13%) i la realització de sexe no desitjat o no planificat (12%) (Krahn et al., 2005).

A llarg termini novament s'esmenten conseqüències per a la salut física, la salut mental i a nivell social. Pel que respecta a la *salut física* els joves únicament són coneixedors de les afectacions de l'alcohol a nivell hepàtic mencionant la *cirrosi*. Les *afectacions mentals* produïdes per l'alcohol que els joves citen es basen en l'*estrès* o la possibilitat d'una *dependència*. Finalment els *problemes socials* dels quals es fan ressò els joves són: problemes familiars, laborals i econòmics, així com una *disminució de la qualitat de vida* atribuïda a la baixada de rendiment d'algunes joves, promeses del món esportiu, o bé de la reducció de la qualitat de vida en treballar per aconseguir diners i gastar bona part d'aquests en alcohol durant els caps de setmana.

Si comparem aquests resultats amb els trobats per Teruel et al. (2003) podem apreciar certes similituds. Segons aquests autors un 70% dels participants citaren les següents afectacions: hipertensió arterial, dolences estomacals, afectació al fetge, conseqüències psicològiques, familiars i accidents, i aproximadament la meitat de la mostra referí afectacions cerebrals, cardíaques i el càncer.

7.2.6. PERILLOSITAT DEL CONSUM D'ALCOHOL

Pel que fa a la perillositat percebuda del consum d'alcohol, de forma genèrica i en **comparació amb d'altres drogues** aparegueren dues postures contraposades: alguns joves valoraren *l'alcohol com una droga molt perillosa* entenent que l'alcohol pot generar perjudicis en terceres persones (baralles, accidents de trànsit, etc.), al mateix temps que hi ha més fàcil accés per ser una droga més acceptada. En canvi altres universitaris afirmaren que *existeixen drogues més perilloses que l'alcohol* ja que les pastilles i l'heroïna tenen un poder d'addicció més elevat, així com del cànnabis es produeix una eliminació de l'organisme més ràpida. No obstant, no és cert que les pastilles tinguin un poder d'addicció més elevat que l'alcohol, ja que algunes drogues de síntesi comercialitzades en forma de pastilles, per exemple PCP o M-CPP, no tenen un síndrome d'abstinència descrit, indicador aquest de la dependència física. Per altra banda, el risc de desenvolupar una dependència emocional, psicològica i social és un factor comú per totes les drogues ja que sovint els consumidors no saben divertir-se, relacionar-se o no se senten bé amb sí mateixos sense l'ajuda de les drogues (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007b).

Aprofundint en la perillositat de l'alcohol els participants van fer referència a dues àrees: social i individual.

En l'esfera *social* s'efectua una valoració de *perillositat elevada* del consum d'alcohol per les conseqüències en relació a altres persones i la gran *acceptació* que existeix d'aquesta substància. En explorar els efectes perillosos del consum d'alcohol aparegué novament l'agressivitat que en algunes persones genera el consum d'alcohol així com els accidents de trànsit. Entre les argumentacions en relació a aquests va emergir la idea que la única preocupació que alguns joves tenen un cop decideixen conduir després d'haver begut alcohol és en relació a l'existència de *controls policials* que podrien penalitzar-los, si bé no contemplan la possibilitat de patir o provocar un accident. En aquest sentit els participants de la mostra refereixen que una gran quantitat de joves *conduïxen després d'haver pres alcohol* sota una falsa percepció de control o bé valorant-ho com un mèrit propi d'explicar-ho als amics. Certament, l'alcohol propicia patir accidents de trànsit que requereixen o no d'atenció mèdica (Calafat, 2007; Casas i López, 1996; Orgaz et al., 2005; Pascual, 2002) o que deriven en víctimes mortals (Bedford et al., 2006; Moncada i Pérez, 1998). Si bé, en l'actual recerca s'ha pogut constatar que d'altres joves *no conduïxen quan han pres begudes alcohòliques* perquè tenen consciència del risc que això suposa, per evitar multes de trànsit, o per pressió social positiva. És a dir, alguns participants de l'estudi declaren que es neguen a pujar a un cotxe en el qual el conductor ha pres alcohol i per tant la pressió que exerceixen de no deixar marxar el conductor o bé de fer-ho sol i patir discussions o enfadar-se amb els amics pot dissuadir de consumir quan han de conduir.

A nivell individual es considera que *biològicament l'alcohol no és una substància perillosa* per ser una droga tova, tot i no ser correcta aquesta reflexió. En primer lloc la classificació de drogues dures i toves actualment està en desús, substituïda per la categorització en drogues legals i il·legals. Per altra banda, la perillositat d'una substància no l'aporta la seva condició de legalitat o il·legalitat, sinó els efectes que produeix en l'organisme tals com la tolerància (o adaptació del sistema nerviós a la substància que fa que cada vegada es necessiti més quantitat per a assolir els mateixos efectes). Així doncs, aquelles substàncies amb una elevada capacitat de causar tolerància podrien jutjar-se de drogues perilloses, entre les quals destacaria l'alcohol (Becerra, 2009). En segon lloc cal tenir presents els possibles danys que l'alcohol pot ocasionar a terceres persones. És a dir l'alcohol, a banda de ser una de les drogues que més danys causa en la salut del consumidor, és la substància susceptible de causar més perjudicis a altres persones

mitjançant: accidents de trànsit, violència domèstica, tensions familiars, malformacions fetals, costos pel sistema sanitari o bé absentisme laboral. És per aquest motiu que un article recentment publicat a la revista mèdica *The Lancet*, declara l'alcohol com la droga més perjudicial de totes, per davant de l'heroïna i el crack, si es contempen els danys a nivell individual i social (Nutt, King i Phillips, 2010).

Els efectes perillosos derivats del consum es refereixen a una elevada *irresponsabilitat sexual* en incrementant-se les probabilitats de mantenir relacions sexuals desprotegides després d'haver ingerit alcohol talment com adverteixen Bellis i Huges (2004), Pereiro i Serrano (2006) i Santo-Domingo (2002). Paral·lelament es fa menció a l'efecte *depressor* del consum d'alcohol en el SNC que produeix una ràpida disminució de l'activitat produint somnolència. Un darrer aspecte comentat és la realització d'actes impropis o *fer bestieses*.

Per acabar, els joves puntualitzen que la nocivitat de l'alcohol guarda relació amb l'ús que se'n faci, referint una màxima afectació negativa en el cas de grans consums o ingestes continuades d'alcohol.

7.2.7. CONSUM D'ALCOHOL DELS PRINCIPALS REFERENTS

Analitzant el consum d'alcohol dels principals referents de l'entorn dels joves aquests mencionen la influència principal de la família i els amics. En relació a la **família** esmenten l'efecte de modelat que exerceix el consum dels pares dins l'àmbit familiar (curiosament esmentant especialment el pare i no la mare) el qual a més genera una sensació de poca nocivitat. L'existència de germans consumidors d'alcohol també té rellevància en l'adquisició d'aquest hàbit ja que fins i tot en situació d'oci el germà pot convidar a prendre alcohol. D'altres participants afirmen que no tenen germans i per tant en el seu cas els cosins desenvolupen aquest paper.

Un altre aspecte explorat és la força dels **amics** en el consum d'alcohol considerant que la temptació a beure alcohol es presenta fora de casa amb els amics, en cas que aquests beguin alcohol.

Rosenquist, Murabito, Fowler, Chistakis (2010) exploraren, recentment, si el comportament del consum d'alcohol de 12.067 participants es transmetia de persona a persona en una gran xarxa social d'amics, companys de feina, germans, esposos i veïns, mitjançant un estudi longitudinal de 32 anys de durada (de l'any 1971 al 2003). Després d'analitzar el nombre de dies de consum d'alcohol a la setmana durant el darrer any, així com el nombre de begudes, detectaren que a banda de l'existència d'una formació selectiva de llaços socials entre els bevedors, existia una influència interpersonal. És a dir, els canvis de comportament de consum d'alcohol de la xarxa social d'una persona tenia un efecte significatiu en el comportament de consum d'alcohol posterior de la pròpia persona. Concretament, la persona principal mostrava el 50%, 36% i 15% més probabilitats de ser gran bevedor (*heavy drinker*) si els individus de 1r-3r²⁸ grau de separació respectivament de la seva xarxa també ho eren. A més, la probabilitat de convertir-se en un *heavy drinker* s'incrementava en un 18% per cada contacte *heavy drinker* existent a la seva xarxa. No obstant, els comportaments dels veïns immediats i companys de treball no es van associar significativament amb la conducta de beure d'una persona, però sí el dels familiars (cònjuge i germà sobretot) i amics. Per altra banda, els patrons d'abstinència mostraren els mateixos processos d'influència que els detectats en el cas del consum excessiu. Aquests resultats suggereixen que els comportaments de consum d'alcohol estan influïts no només per la família i amics propers, sinó també pels contactes socials més distants. Aquest fet té implicacions en les intervencions clíniques i de salut pública i també dona suport a les intervencions a nivell grupal per reduir el consum problemàtic i més encara tenint en compte l'actual proliferació i accés per part de la població a les xarxes socials mitjançant internet.

El consum d'alcohol per part de pares i amics ha estat plantejat per Cail i Labrie (2010) els quals determinaren que la disparitat entre l'aprovació percebuda de l'alcohol entre els pares i els amics més propers s'erigia com un gran predictor del consum d'alcohol i de les conseqüències negatives derivades d'aquest consum entre joves universitaris nord-americans, de forma més clara entre els nois. Existeixen dues explicacions possibles, o bé que els joves se separin amb més facilitat dels seus pares a l'accedir a la universitat o bé que davant l'existència de disparitat es vegin obligats a escollir i es decantin pels amics. En aquest sentit caldrien intervencions per reduir aquesta diferència, ja bé corregint la sobreestimació del consum entre els companys, o animant als pares a involucrar-se en la socialització dels seus fills analitzant si les creences dels amics coincideixen amb les pròpies i per tant, encoratjant les relacions coincidents.

²⁸ 1r grau = amic proper, 2n grau = amic d'un amic i 3r grau = amic d'un amic d'un amic.

Recentment, Campbell i Oei (2010) proposaren un model per proporcionar una comprensió dels possibles mecanismes responsables de la prolongació dels problemes amb l'alcohol dins les famílies (de pares a fills). Aquests autors suggereixen que l'observació de la conducta de beure alcohol en els pares influeix indirectament sobre el comportament dels seus fills mitjançant la transmissió de les creences i les expectatives que afectaran a la conducta futura del fill vinculada al consum d'alcohol. Aquest model rebutja la idea de la transmissió de les pautes de beguda per imitació i admet l'adquisició, per part dels fills, d'un conjunt d'expectatives sobre els resultats del consum d'alcohol, així com creences sobre la capacitat de denegar l'alcohol en una situació particular. Aquestes afirmacions deriven de la detecció d'un major nombre d'expectatives positives del consum d'alcohol en fills de pares amb problemes vinculats al consum d'aquesta substància, en comparació amb descendents de famílies no bevedores; així com una major associació positiva entre les expectatives sobre l'alcohol i els problemes derivats del consum d'aquest en individus amb antecedents familiars de problemes amb l'alcohol. Sembla ser que els coneixements sobre l'alcohol dels pares es podrien traslladar als fills a través d'afirmacions verbals com *"l'alcohol és bo per a relaxar-se després d'un dia dur a la feina"*. Aquest model centrat en la importància de les cognicions proporciona una via per a la prevenció i el tractament centrat en l'educació dels pares en relació a la importància de la transferència de missatges sobre l'alcohol facilitats als seus descendents.

7.2.8. ALTERNATIVES D'OCI

Els resultats d'aquesta recerca suggereixen que els joves no contempen alternatives saludables al consum d'alcohol ja que en plantejar-los una situació hipotètica sense alcohol les opcions que contemplaren passaren per la realització **d'altres activitats perjudicials**, el **consum d'altres drogues** o bé la **cerca dels efectes** que produeix l'alcohol ja sigui mitjançant la fabricació d'alcohol sintètic o bé d'altres formes com per exemple ingerint suc de fruita caducats i que han passat per tant per un procés natural de fermentació. És a dir d'aquests resultats es desprèn una necessitat d'obtenció dels efectes que actualment produeix el consum d'alcohol. Els resultats obtinguts van en la línia de les argumentacions de la FAD (2006) els quals sostenen que les mesures destinades a reduir el subministrament d'una substància sovint només serveixen per obrir la porta al consum d'un substitut que pot ser fins i tot més pernicios.

7.2.9. LIMITACIONS DE LA PART QUALITATIVA

La utilització de la tècnica de grups focals presenta algunes limitacions que cal mencionar (Krueger, 1991; Valles, 1997):

- Artificialitat. Es reuneix un grup artificial i per tant la discussió ha de realitzar-se en un entorn facilitador. Aquest fet pot fer necessari incentivar als participants per a què assisteixin. Per a què tingui lloc una discussió grupal és necessari que els components disposin de temps per venir al lloc i hora acordats per exposar els seus punt de vista. Cal matisar que en el present estudi es van convocar 10 persones en cada un dels grups de discussió, si bé del primer una participant es va excusar per la seva absència a última hora i un darrer no es va presentar a la cita; mentre que en el segon un dels participants va posar-se en contacte amb nosaltres per a avisar que possiblement no es podria presentar, fet que es va confirmar, i tres més no van acudir a la cita acordada.
- Control sobre les dades. L'investigador disposa de poc control sobre les dades i menys grau de control que en l'entrevista individual. Els grups poden esdevenir molt diferents entre sí, ja que cada grup tendeix a tenir característiques úniques. Un grup pot estar avorrit i el següent, seleccionat amb els mateixos criteris, pot ser enèrgic i vigorós.
- Doble interacció entre participants i el moderador. Les respostes dels membres no són independents les unes de les altres, per tant, restringeix la generalització. Els resultats poden ser esbiaixats per un membre molt dominant. El moderador també pot esbiaixar els resultats al proporcionar indicis de la desitjabilitat d'algunes respostes o els participants poden no opinar sincerament per efecte de la *desitjabilitat social*.
- L'anàlisi de les dades és complex. La interacció grupal genera un context social, i els comentaris han de ser interpretats dins d'aquest context.

7.3. INTEGRACIÓ DELS RESULTATS QUALITATIUS I QUANTITATIUS

La **prevalença del consum d'alcohol** en la mostra de joves analitzada és de 65%, de forma predominant entre els nois (71% vs 59.5%) coincidint amb la majoria d'estudis previs revisats (Chau i Oblitas, 2007; FAD, 2006; Fu et al., 2006; Harrell i Karim, 2008; National Center For Health Statistics, 2009; Talbott et al., 2009). Aquest fet és explicat pels mateixos joves per un efecte de transmissió cultural així com per una major capacitat fisiològica i tolerància en els nois.

La majoria de les ingestes d'alcohol es realitzen de forma esporàdica i **no diària** majoritàriament en situacions de cap de setmana, en espais d'oci nocturn tal i com els propis joves reconeixen. Tanmateix, durant els dies laborables són menys les noies consumidores per una qüestió de falta de models en el sector femení, l'existència de sexisme educatiu, així com per una major responsabilitat entre elles, segons les opinions dels universitaris.

Per altra banda, **els motius fonamentals per a prendre alcohol** se centren en les expectatives positives dels efectes que aquest produeix, en la facilitat d'accés i en la influència de l'entorn, talment com en la vinculació d'aquesta substància amb l'oci nocturn. En aquest sentit, els joves no contempen **alternatives d'oci** saludables substitutòries del consum d'alcohol, entenent que si aquest desaparegués les persones possiblement abusarien d'altres drogues o bé cercarien els efectes de l'alcohol d'altres formes poc sanes. Aquells que beuen alcohol entre setmana ho fan per hàbit o costum o bé pel gust del vi o la cervesa principalment.

Els joves opinen que si existeixen **persones que no prenen alcohol** és degut a una falta de models al seu entorn o bé per l'experiència vicària negativa, així com per l'evitació dels efectes que podrien interferir en activitats plaents o bé d'elevada responsabilitat; a banda d'aquells que decideixen no consumir per factors vinculats a la religió o bé a la salut. Per altra banda, els factors que intervenen en l'**abandonament d'aquesta pràctica** es vinculen a l'aparició de canvis vitals tals com responsabilitats o canvis en les prioritats i en l'oci; o bé perquè un problema de salut hi obligui.

Les dades obtingudes en l'estudi ens mostren que a partir dels 18 anys el nombre d'universitaris **consumidors es manté estable amb l'edat**, a diferència de les troballes de la majoria dels estudis previs també amb població adulta que informen d'un increment del percentatge de consumidors amb l'edat (National Center For Health Statistics, 2009).

Pràcticament la totalitat de la mostra ha provat l'alcohol en alguna ocasió (96%), existint un percentatge mínim de persones que afirmen haver abandonat el consum d'aquesta substància (1.1%). A partir dels 30 anys no resta ningú per haver tastat aquesta substància.

Les **diferències entre nois i noies** no esdevenen únicament en el nombre de joves consumidors atès que també hi ha predominança del gènere masculí entre aquells que mai han provat l'alcohol, mentre que es detecten més noies entre els que l'han provat però no són consumidors actualment. Sembla ser que les noies tenen més capacitat per abstenir-se de nous consums un cop transcorreguda la primera experimentació amb aquesta substància. Per altra banda, també predominen els nois entre aquells joves que prenen alcohol durant els dies laborables ja que les noies consumidores acostumen a fer-ho únicament durant el cap de setmana. No obstant, les universitàries que beuen alcohol entre setmana solen fer-ho en major magnitud que els seus companys si bé aquests superen les quantitats d'alcohol que elles ingereixen durant el cap de setmana. Són ells els que reporten més consums massius i els que es mostren entre els majors consumidors, així com informen d'una major intenció de consum futura. Per altra banda, els nois s'inicien en l'experimentació amb l'alcohol de forma més primerenca, atorguen menys perill a aquesta substància i tenen una major predilecció per la cervesa i el conyac/licors, mentre que les noies beuen més combinats, vi/cava o xarrups.

L'experimentació prèvia amb l'alcohol s'associa a una major intenció de tornar a consumir-ne tal i com s'ha observat també en estudis previs (Espada et al., 2000).

L'edat d'inici al consum s'estableix entre els 14 i 15 anys, essent més precoç entre els actuals consumidors. Aquest primer tast ve motivat per la influència social, per aspectes propis de l'etapa adolescent com la rebel·lia o la curiositat, així com en cerca de diversió. Els joves consideren que aquesta experiència hauria de produir-se en una etapa de major maduresa personal i fisiològica, després de la pubertat, aproximadament entre els 15 i 16 anys.

L'edat d'inici al consum regular se situa entre els 15 i els 16 anys, amb més prematuritat entre aquells que efectuen consums massius o bé d'alt risc. Així esdevé abans de l'arribada a l'edat legal establerta per a poder ingerir alcohol, la qual els participants consideren inefectiva pel poc control establert per a fer-la complir. Tot i que alguns joves argumenten que s'hauria de fer respectar l'actual edat, d'altres pensen que seria millor disminuir-la per tal d'adequar-la més a la realitat.

La mitjana de consum supera el llindar d'alt risc tant en els nois com en les noies i és indicador d'una elevada freqüència de **consums massius**, tot i la gran variabilitat descoberta en els consums. Per altra banda, aquesta magnitud és considerada "normal" pels joves encara que superar-la és valorat com una falta de control per part del consumidor o bé indicador d'un efecte de tolerància. Els universitaris consideren que és difícil trobar el límit de consum i que aquest depèn tant d'aspectes personals, com socials o conductuals, tals com: haver satisfet la set, l'estat d'ànim o la graduació alcohòlica de la beguda escollida.

La majoria de consums se situen sota la categoria **d'alt risc per a la salut**, de forma més clara entre les noies. La raó ve donada pel fet que les noies necessiten menys quantitat d'alcohol ingerida per tal de considerar els seus consums d'elevat risc (Franciscus, 2006), per tant, si bé les noies consumeixen menors quantitats d'alcohol que els nois, això en elles constitueix un major risc. Les noies prefereixen els beuratges de màxima graduació alcohòlica, propiciant aquest fet un major còmput d'UBE ingerides, si bé per qüestions metabòliques això les situa més fàcilment en situació d'alt risc per a la salut. Els joves opinen que falta informació en relació al risc per a la salut del consum d'alcohol o bé que no es fa cas de la informació que es té. Al mateix temps creuen que existeix risc en cas de consumir quantitats excessives, davant el policonsum o bé que les persones poden patir conseqüències negatives per atzar. A l'hora de mencionar les **afectacions derivades del consum d'alcohol** n'informen d'immediates i a llarg termini centrades en les conseqüències de caire social (problemes familiars, laborals, reducció de la qualitat de vida, accidents, baralles, etc.), mencionen l'estrés o la dependència com a afectacions psicològiques i únicament reconeixen afectacions hepàtiques en les repercussions més greus a la salut física.

Es detecta una **disminució de la magnitud de consum d'alcohol en funció de l'edat** de manera que a mesura que aquesta augmenta s'observa una reducció dels joves que efectuen consums que suposen un alt risc per a la salut.

Pel que fa al **consum massiu** la seva freqüència augmenta fins als 20 anys, mentre que s'observa una tendència a disminuir a partir d'aquesta edat. Els joves troben justificat el consum d'alcohol en grans quantitats entre els joves durant els caps de setmana, tot i que el reproveixen entre els adults o bé en dies laborables.

Quan s'analitza el grup de **majors consumidors** d'alcohol de la mostra s'observa que majoritàriament són nois i hi predominen aquells situats en els grups d'edat més joves.

Es confirma la **coincidència en el consum d'alcohol dels joves i els seus amics**, en consonància amb els postulats que parlen de la important influència del grup d'iguals sobre el comportament (Bandura i Walters, 1979; Chau i Oblitas, 2007). N'és exemple el fet que la primera vegada que es consumeix s'acostuma a estar amb els amics.

Així mateix, es constata l'**associació entre el consum propi i el dels familiars** més directes (pare, mare o germans) així com de la parella, i per tant es corrobora el modelat que poden exercir els familiars més pròxims (Bandura i Walters, 1979; Krahn et al., 2005).

Alhora, quan la mare, el pare o el germà són consumidors el fill acostuma a iniciar-se de forma més precoç en el consum. Pel que respecta a l'inici regular de consum d'alcohol, aquest té un començament més primerenc entre aquells que tenen un germà ex consumidor.

La perillositat atorgada a l'alcohol és mitjana: en una escala de 1 a 5 el valor mitjana observat és de 3.28. La consideren menys perillosa: els nois, els més joves, aquells que tenen o bé amics o bé la mare consumidors, els propis consumidors, els que es van iniciar de forma més precoç en el consum i al consum regular, així com aquells que el darrer dia van efectuar un consum massiu. La baixa percepció de perillositat entre els consumidors podria ser tant la causa com la conseqüència dels consum, i degut a les característiques d'aquest estudi no podem afirmar la direccionalitat de la relació entre ambdues variables.

Els joves perceben el consum d'alcohol com a poc perillós a nivell biològic o individual per considerar que és una droga tova, no obstant li atorguen major nocivitat pel que fa a les conseqüències negatives que pot exercir sobre les altres persones.

En cas d'oferiment d'alcohol, **els consumidors se senten menys capaços de negar-se a la ingesta** d'aquesta substància.

Més nois consumidors i exconsumidors **coneixen persones que s'han vist afectades pel consum d'alcohol**. Aquesta dada no dona suport a la idea que l'experiència vicària de conseqüències negatives comporta una influència sobre la conducta, reduint-la. Una possible

explicació podria ser que les persones consumidores d'alcohol estiguin envoltades per més familiars i amics consumidors fet que pot generar més possibilitats de conèixer persones afectades degut al consum.

Quan s'analitzen conjuntament, les variables que millor discriminen entre **consumidors i no consumidors d'alcohol** són: el gènere, l'edat d'inici al consum, el consum del millor amic i les expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol estant sol amb qui li ofereix alcohol. En aquest sentit és més probable que un adolescent consumeixi alcohol si és un noi, si ha provat l'alcohol de forma precoç, si el millor amic és consumidor i si posseeixen menors expectatives d'autoeficàcia per negar-se a consumir alcohol estant sols amb qui els ofereix alcohol.

Les variables que millor discriminen entre **consumidors d'alt o baix risc** són: el gènere, l'edat i el consum d'alcohol per part del pare. Així doncs tenen més probabilitats d'efectuar un consum d'alt risc: les noies, els de menys edat i els que tenen un pare no consumidor. Les noies és més probable que facin un consum d'alcohol considerat d'alt risc degut a que consumeixen a partir de 2.4 UBE ja s'inclouen en aquesta categoria, cosa que en els nois no succeeix fins que superen les 4 UBE. A més es corrobora la tendència ja esmentada de reducció de la magnitud de consum amb l'edat. Es requereixen estudis posteriors per clarificar la relació inversa trobada entre consum d'alt risc i consum del pare.

Les variables que millor discriminen entre **consumidors massius o no** són: l'edat, l'edat d'inici al consum regular i el consum d'alcohol per part del pare. Tenen més probabilitats de ser consumidors massius: els més joves, aquells que foren més precoços en l'edat d'inici al consum regular i els que tenen un pare no consumidor, tal i com s'observà en el cas dels consumidors d'alt risc.

Les variables que millor discriminen entre els més **alts consumidors** de la mostra i la resta de consumidors són: el gènere, l'edat i conèixer algú que hagi emmalaltit o mort a conseqüència del consum de substàncies. De manera que tenen més probabilitats de formar part d'aquesta categoria: els nois, els més joves i aquells que coneixen algú que hagi patit conseqüències negatives en la seva salut derivades del consum de drogues.

CAPÍTOL 8. PRINCIPALS CONCLUSIONS

8.1. CONCLUSIONS DE LA FASE QUANTITATIVA

- La majoria dels joves la mostra són consumidors habituals d'alcohol.
- Esdevenen majoritaris els consums no diaris.
- L'estatus de consum d'alcohol tendeix a mantenir-se estable a partir dels 18 anys.
- Existeixen diferències de gènere en el patró de consum d'alcohol de manera que els nois, en comparació amb les noies:
 - o Conformen en major proporció el grup de consumidors d'alcohol en general i en dies laborables.
 - o Tenen major intenció de consum futur.
 - o Consumeixen alcohol en major magnitud.
 - o S'iniciaren abans en la ingesta de begudes alcohòliques.
 - o Prenen més cervesa i conyac/licors; les noies prefereixen els combinats, el vi/cava i els xarrups.
- L'experimentació prèvia amb l'alcohol es vincula a una major intencionalitat de consum futura.
- L'edat d'inici al consum se situa entre els 14 i 15 anys i la d'inici al consum regular entre els 15 i els 16.
- La magnitud mitjana de consum supera el llindar d'alt risc per a la salut, talment com la majoria de consums, sobretot en el cas de les noies. La magnitud de consum tendeix a disminuir amb l'edat.
- Es detecta una associació entre el consum d'alcohol dels joves i el dels seus amics i familiars directes.
- La perillositat atorgada al consum d'alcohol és mitjana, considerant-lo menys perillós: els nois, els més joves, els que tenen l'amic o la mare consumidors, els consumidors, els

més precoços en l'experimentació amb l'alcohol i en el consum regular i aquells que el darrer dia van fer un consum massiu.

- Els consumidors d'alcohol se senten menys capaços de refusar un oferiment d'aquesta substància.

- Tenen més probabilitats d'esdevenir:
 - o Consumidors: els nois, aquells que foren més precoços en el tast de la substància, els que tenen el millor amic consumidor i els que es creuen menys capaços de rebutjar aquesta substància davant un oferiment.
 - o Consumidors d'alt risc: les noies, els de menys edat i els que tenen un pare no consumidor.
 - o Consumidors amb episodis de consum massiu: els més joves, els més precoços en el consum regular d'alcohol i aquells que el seu pare no és consumidor.
 - o Grans consumidors: els nois, els més joves i aquells que coneixen alguna persona afectada pel consum de substàncies.

8.2. CONCLUSIONS DE LA FASE QUALITATIVA

Segons l'opinió dels joves que han format part dels grups focals:

- El factor més destacat que facilita la primera experimentació amb l'alcohol és la influència social. També s'esmenten altres factors com: les característiques pròpies de l'adolescència i la diversió.
- La principal motivació per consumir alcohol és una cerca dels efectes positius d'aquesta substància. Destaquen també: la facilitat d'accés, la vinculació de l'alcohol a l'oci nocturn i la influència de l'entorn.
- La raó principal per abandonar el consum passa per l'aparició de canvis vitals i responsabilitats. Altres raons esmentades són els canvis en la prioritat de l'oci o un problema de salut vinculat al consum.
- Els joves manifesten que els costa trobar el límit de consum.
- En anomenar les afectacions del consum se centren en les conseqüències socials i no tant en les físiques o psicològiques.
- Els universitaris justifiquen el consum d'alcohol en grans quantitats durant el cap de setmana entre els joves, però no el consideren justificable en el cas dels adults o bé en dies laborables.
- La percepció de perillositat biològica o individual de l'alcohol és baixa, mentre que la social o vinculada a les altres persones és alta.
- Els joves no contempen alternatives d'oci saludables substitutòries del consum d'alcohol.

8.3. APLICACIONS PRÀCTIQUES DELS RESULTATS

El consum d'alcohol, talment com el d'altres substàncies, és un fenomen complex i multicausal, que comprèn factors psicològics, orgànics, econòmics, polítics i ambientals. Per tant els programes de prevenció del consum d'alcohol han d'incloure diversitat de mètodes d'intervenció per assegurar el seu impacte a tots nivells, enfortir els resultats de les accions i facilitar l'adquisició d'habilitats en el control del consum (Londoño i Vinaccia, 2007).

A continuació es destaquen algunes accions preventives del consum d'alcohol que d'acord amb els resultats del present estudi podrien ser eficaces per a la reducció del seu consum.

En primer lloc cal destacar que, vist que l'edat mitjana d'inici al consum d'alcohol observada en aquest estudi se situa entre els 14 i els 15 anys i que s'ha detectat una vinculació entre una edat d'inici precoç, el consum d'alcohol i la ingesta de grans magnituds, caldria potenciar les intervencions primerenques, a l'inici de l'adolescència, amb la finalitat d'evitar o endarrerir al màxim el primer tast d'alcohol, el qual s'associa també a una major intencionalitat de consum en un futur. Per aquest motiu les intervencions haurien de ser diferent pels joves que han provat l'alcohol en alguna ocasió i per aquells que no ho han fet mai. Fernández, Jorge i Béjar (2009) suggereixen que seria adient que els programes preventius es dirigissin a nens d'entre 7 i 9 anys per tal d'incidir en una edat on encara no s'han iniciat els hàbits de consum, desenvolupant a aquestes edats intervencions en forma de joc, centrades en el control emocional, oferint informació únicament de forma indirecta.

En aquest estudi s'ha detectat que la majoria dels joves són consumidors d'alcohol i que el consum s'estabilitza a partir dels 18 anys, per tant després d'aquesta edat caldria focalitzar les intervencions adreçades a la conscienciació dels consumidors d'alcohol per tal de situar els joves en estadis contemplatius o preparatius del canvi cap a l'abandonament del consum o del consum de risc. S'ha d'educar sobre com ha d'ocórrer el canvi, en quina direcció i quan (Londoño i Vinaccia, 2007). Alhora caldria comptar amb cercles de prevenció format per joves gestors els quals ajudin a superar barreres cognitives, socials i comportamentals que els impedeixin controlar eficaçment el consum (Prochaska i Velicer, 1997; Flórez-Alarcón, 2000). Per altra banda, seria pertinent l'aplicació de mesures de reducció de riscos per mitigar l'impacte dels consums d'elevada magnitud, en cas de considerar utòpica l'abstenció al consum.

En el cas que ens ocupa, els estudiants universitaris, Londoño i Vinaccia (2007) apunten que com que els majors consums apareixen durant els tres primers semestres, caldria implementar processos de prevenció des de l'ingrés a la universitat, incloent en els objectius: facilitar l'adaptació a la vida universitària i el desenvolupament d'habilitats personals que permetin al jove controlar les situacions de consum i manejar les situacions de pressió social provinents d'anuncis publicitaris, llocs de consum situats prop de les universitats i consum d'iguals i familiars. Segons Vinyeta, Larriba i Suelves (2002) la Universitat té l'obligació ètica d'implicar-se en els reptes que es planteja la societat en cada moment, evitant ésser impulsora d'accions contrapreventives, així com desenvolupant accions o programes educatius dirigits a la comunitat universitària. La població universitària és un sector susceptible de ser inclòs a les campanyes preventives per: l'edat, la prevalença i les característiques del seu consum de substàncies, la presència de situacions específiques de risc en l'entorn universitari (publicitat específicament dirigida, macrofestes, estrès, etc.), per ser un grup de població ampli i accessible i pel seu potencial d'incidència futura sobre altres sectors de població (seran futurs professionals: metges, treballadors socials, etc.).

L'existència d'una major presència de **nois** entre els consumidors i entre els que prenen alcohol en quantitats més elevades, planteja la necessitat de focalitzar les campanyes en aquest sector. Val a dir però que les diferències de gènere es difuminen en estudis realitzats en poblacions adolescents, indicant una tendència a la igualació en els patrons de consum entre ells i elles (Salamó et al., 2010).

Detecem la necessitat de fer campanyes explicatives dels aspectes diferencials de metabolització alcohòlica **per gèneres**, així com una anàlisi de les diferents begudes alcohòliques i la conversió de la seva graduació etílica en UBE per tal de ser conscients del risc que suposen per a la salut els diferents tipus de consums. D'aquesta forma, en cas que es decideixi consumir, es podrien adequar els consums en funció d'aquest criteri a fi que suposin el mínim **risc per a la salut** possible. Aquesta informació es podria proporcionar dins els programes educatius escolars, evitant oferir el missatge de la promoció del consum responsable, sinó de l'advertència dels límits de risc que no s'haurien de sobrepassar.

La majoria de consums efectuats durant el cap de setmana plantegen la necessitat de fomentar un **oci nocturn alternatiu i saludable**. L'alcohol es pren majoritàriament per a passar-s'ho bé, per tant s'haurien de descobrir formes de diversió que no necessàriament siguin consumir substàncies. A Espanya existeixen alguns programes destinats a mostrar l'oci sense alcohol. Per exemple, "*Las mil y una noches*", inclou activitats multimèdia, culturals, esportives, de temps lliure, així com d'informació. Aquest programa desplegat a Alcobendas, Madrid, ha gaudit de bona participació durant la seva implementació, destacant Díaz (2002) que els joves acudeixen a activitats d'oci nocturn alternatiu quan l'oferta és atractiva, està ben planificada i sobretot quan són les pròpies associacions juvenils les que desenvolupen aquest tipus de programes. La majoria d'aquest tipus de programes inclouen persones amb una edat mitjana d'uns 20 anys, tot i que seria òptim treballar aquest punt en adolescents d'entre 12 i 16 anys per no tenir encara hàbits d'oci ja establerts (Calafat, 2002).

Vista la rellevància dels **millors amics** en el consum propi considerem que seria pertinent incloure aquests agents socials a les intervencions. Beets et al. (2009) experimentaren bons resultats en l'anàlisi de la influència positiva de l'amic en desaprovar el consum d'alcohol, fet que reduïa els episodis de *binge drinking*. En aquest mateix sentit, Thornton (2009) detectà que quan un amic s'enfrontava a un altre per alertar-lo del seu consum abusiu o problemàtic, es produïa una modificació en el consum d'alcohol en el 76% dels casos. Així doncs, els estudis previs suggereixen que la influència dels amics no és forçosament negativa sinó que també pot actuar per potenciar hàbits saludables.

Un menor nivell **d'expectatives d'autoeficàcia** per negar-se al consum entre els consumidors d'alcohol ens condueix a pensar que les intervencions destinades als joves haurien d'incloure també un programa per a millorar les habilitats socials i de formació de presa de decisions per tal de fer-los hàbils en la resistència a la pressió de grup que sovint esdevé dels seus iguals tal i com suggereixen Londoño i Vinaccia (2007).

La influència de l'entorn no és exclusiva dels amics, sinó que els **familiars directes** també serien susceptibles de ser inclosos en els programes preventius. Caldria incorporar tants agents com sigui possible i focalitzar en la norma social, l'acceptabilitat social, a fi de deixar de considerar l'alcohol una droga acceptada en l'entorn social. El *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2008b) informa que programes a llarg termini centrats en una intervenció familiar, com per exemple el *Programa de Fortalecimiento Familiar (Strengthening Families Program)* aporta resultats òptims

essent capaç de prevenir tres conductes vinculades a la iniciació del consum d'alcohol: consum, consum sense permís i primera embriaguesa. Londoño i Vinaccia (2007) creuen necessària la potenciació de relacions més positives entre els adults (mestres, pares i professionals de la salut) i els joves, que facilitin una interacció que enforteixi la connexió jove-família-mestres-comunitat i faci possible assolir els objectius de les accions de prevenció. A banda d'això, caldria oferir models adults positius que facilitin la disminució o eliminació del consum. L'alcohol és una droga legal, culturalment molt arrelada. Per tant, poder intervenir en aquesta dinàmica cultural és una qüestió prioritària per la prevenció, tenint en compte les normes de la comunitat, les pràctiques i creences culturals i el paper que desenvolupen en el consum d'alcohol, potenciant un canvi d'opinió en la població que permeti adoptar polítiques de control sobre l'oferta amb garantia d'èxit (Calafat, 2002; Turrisi, Wiersma i Hughes, 2000).

La visió positiva de l'alcohol s'ha format en gran part gràcies a la publicitat que s'ha ofert d'aquesta substància. Caldria una regulació de la **promoció i la publicitat** ja que aquesta incideix sobre el sistema de recompensa del cervell existint una relació directa entre el volum d'anuncis i el consum de begudes alcohòliques (Anderson i Baumberg, 2006; Londoño i Vinaccia, 2007). Així doncs, els missatges de promoció del consum tenen més poder persuasiu que els missatges d'educació per a la salut. El motiu fonamental és que la imatge que es projecta d'aquesta substància és vinculada a la joventut, l'atractiu, la sociabilitat, l'èxit sexual, l'aventura, la diversió i l'evasió de problemes. Actualment es prohibeix la publicitat en televisió de begudes alcohòliques que excedeixin els 20 graus, així com la publicitat en llocs on no està permesa la venda d'alcohol (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

La baixa **percepció de risc** entre els consumidors i entre aquells que efectuen consums d'alt risc al·ludeix a la necessitat de conscienciació del risc d'aquesta substància per tal de deixar de considerar-la innòcua ja que aquells que perceben gran risc en el consum elevat d'alcohol tendeixen a disminuir-ne els episodis de gran consum (Beets et al., 2009), essent la conscienciació pel consum un factor protector (Merrill et al., 1999). La **promoció de la salut** s'erigeix com un element per a generar consciència sanitària que pot modificar la relació entre les persones i l'alcohol i inclou: informació, coneixement i habilitats necessàries per a gaudir d'una vida saludable.

En moltes ocasions es recorre a l'alcohol cercant un estat de **desinhibició** que permeti realitzar comportaments que d'entrada s'avaluen com a inassolibles sense aquesta substància. Així doncs es podrien incloure en els programes de prevenció i entrenament en **habilitats socials, tècniques d'autoconeixement i autoconfiança**.

Atès que un dels motius per a consumir aquesta substància guarda relació amb la **desconnexió** dels problemes caldria ajudar als joves a **reconèixer i manejar les emocions negatives** per tal que no necessitessin recórrer a elements externs i nocius com el consum de substàncies per a fer-hi front. Alguns estudis afirmen que les emocions negatives i els baixos nivells d'intel·ligència emocional (habilitat per reconèixer i processar la informació que transmeten les emocions i les seves relacions amb l'entorn i a partir d'això raonar i resoldre problemes eficaçment) es troben associats a un major consum de tabac i begudes alcohòliques, ja que molts consumidors tenen problemes per expressar les seves emocions i per interpretar el significat del que senten. És més, els bevedors habituals posseeixen una menor capacitat d'atenció i comprensió emocional que les persones que no beuen alcohol de forma habitual i per tant, acudirien al consum com una forma externa d'autoregulació emocional per tal d'alleugerir un estat emocional de tristesa, tensió, frustració, o avorriment (Fernández et al., 2009). En aquest sentit, creiem convenient potenciar les 4 habilitats bàsiques incloses en la intel·ligència emocional (Fernández et al., 2009):

- Percepció, avaluació i expressió d'emocions, pròpies i de les altres persones.
- Assimilació o facilitació emocional. Tenir en compte els sentiments quan realitzem una solució de problemes.
- Comprensió i anàlisi de les emocions.
- Regulació emocional. Estar oberts als sentiments tant positius com negatius, moderant les emocions negatives i intensificant les positives sense reprimir ni exagerar la informació que comuniquen.

El desenvolupament d'aquest tipus de programes han detectat una reducció important del consum de substàncies addictives, un descens de comportaments agressius a classe, un menor percentatge de conductes autodestructives i antisocials, així com un descens del nombre d'alumnes que abandonen els estudis i un increment de l'assistència a classe (Fernández et al., 2009).

Un altre motiu relatat per a consumir alcohol es vincula a la **facilitat d'accés** a aquesta substància de manera que podrien prendre's mesures de limitació de la disponibilitat i de control extern atès que són les més efectives per reduir el dany pel consum d'alcohol (Calafat, 2002; Giesbretch, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b):

- Augment del preu. Aquest genera un ingrés directe a l'estat, una reducció del consum i una conseqüent reducció del dany (cirrosis, lesions intencionals i no intencionals, accidents de feina i malalties de transmissió sexual) (Anderson i Baumberg, 2006). Segons dades del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b) un 10% d'augment del preu en les begudes alcohòliques es traduiria en la reducció del consum en un 2% en els països mediterranis. Aquesta estratègia es mostra més efectiva en la població juvenil, i més encara entre les noies, per ser més sensibles als preus que els adults pel fet de disposar de menys capacitat adquisitiva (Calafat, 2002).
- Limitacions d'edat. Un increment en l'edat legal de consum disminueix les ventes i les conseqüències del consum en els joves (Babor et al., 2003), essent aquesta mesura la més eficaç tant en la reducció del consum d'alcohol com en la conseqüent disminució del dany associat.
- Dispensació responsable de begudes alcohòliques. És un programa de formació destinat als cambrers per tal de conscienciar-los de no servir alcohol a menors d'edat, així com tampoc a clients intoxicats, tractar d'evitar la conducció sota els efectes de l'alcohol i mediar per a prevenir la violència.
- Limitació a l'accés a l'alcohol. Regulació dels dies i hores de venda, densitat dels punts de venda d'alcohol, etc.

- Control del compliment de la llei. Consisteix en un control continu per tal d'incrementar la percepció de risc de ser sancionat. En el cas de la conducció sota els efectes de l'alcohol, caldria establir punts de control aleatoris per generar una elevada percepció de risc de ser detectat.

Un dels motius relatats per abandonar el consum d'alcohol és un **ensurt per un problema de salut** derivat del consum d'aquesta substància. En aquest sentit, pocs joves coneixen o exposen conseqüències en la salut propiciades per l'alcohol, a banda de les afectacions hepàtiques. És més, afirmen que individualment aquesta substància és poc perillosa, no obstant, són capaços de mencionar diverses afectacions a nivell social i en aquesta vessant sí reconeixen una major perillositat. Així doncs, cal fer èmfasi en la **informació relativa a les conseqüències físiques derivades del consum** per tal conscienciar del risc i la vulnerabilitat del consum (Londoño i Vinaccia, 2007) i així evitar les afectacions físiques derivades d'aquest consum. En aquest sentit, seria interessant que les begudes alcohòliques incorporessin a les seves etiquetes informació sobre la quantitat d'UBE incloses en l'envàs, així com missatges d'avertència sobre les conseqüències de consum per la salut, tal i com ja passa actualment en els paquets de cigarretes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

La **normalització de grans quantitats de consum d'alcohol durant el cap de setmana** fa que els universitaris justifiquin aquest hàbit entre els joves. Caldria conscienciar de les conseqüències negatives per a trencar la socialització i acceptació d'aquesta substància.

Als consumidors els costa descobrir el **límit de consum**. En aquest sentit, doncs, caldria educar en el **consum moderat i oferir pautes i recomanacions de reducció de riscos** tals com: la utilització de transport públic en cas d'haver pres begudes alcohòliques, l'*alcolock* (dispositiu que s'instal·la al cotxe i impedeix la posada en marxa del vehicle si el sensor que porta incorporat detecta etanol en l'aire respirat), i el *safe clubbing* (incrementar la seguretat dels locals: vies d'evacuació, gots i botelles de plàstic, etc.) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

REFERÈNCIES



- Abdel-Kader, L., Nieto, M.A., Conde, M. i Rosado, M.M. (2004). Mortalidad atribuïble al alcohol en Andalucía. *Semergen*, 30 (1), 4-9.
- Adan, A. (1998). Bases biológicas del alcoholismo. *Psicología conductual*, 6 (1), 115-135.
- Adler, I. i Kandel, D.B. (1982). A cross-cultural comparison of sociopsychological factors in alcohol use among adolescents in Israel, France and the United States, *Journal of Youth and Adolescence*, 11 (2), 89-113.
- Alberdi, M.J., Huizi, X., Barandiarán, M., Zupiria, X. i Uranga, M.J. (2007). Evolución de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 17 (2), 63-70.
- Albertsen, K., Andersen, A.M., Olsen, J. i Gronbaek, M. (2004). Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 159 (2), 155-161.
- Al-Ghanem, R., Marco, A., Callao, J., Lacruz, E., Benito, S. i Córdoba, R. (2005). Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas. *Atención Primaria*, 35 (2), 104-111.
- Álvarez, F.J. (2008). Alcohol, consumo de riesgo, impulsividad y desarrollo de dependencia del alcohol. *Trastornos Adictivos*, 10 (4), 224-225.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Mèxic: Paidós.
- Álvarez, F.J. i Del Río. M.C. (1996). Interacciones entre el alcohol y los medicamentos. *JANO*, 50 (1165), 36-40.
- Álvarez, F.J. i Del Río, M.C. (2001). Farmacología del alcohol. Dins Gabriel Rubio i Joaquín Santo-Domingo (eds.), *Curso de especialización en alcoholismo*, (p. 1-31). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Álvarez, F.J. i Del Río. M.C. (2001). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Prevenir que?. *Trastornos Adictivos*, 3 (3), 172-180.
- Álvarez, J. i López, M. (1999). Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 14 (2-3), 271-296.
- Álvarez, F. J., Pérez, M.B. i Del Río. M.C. (1998). Medicamentos y alcohol. *JANO*, 54 (1241), 29-36.
- Anderson, P. (2005). El alcohol y las afecciones coronarias. *Adicciones*, 17 (1), 3-10.
- Anderson P. i Baumberg B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective. Institute of Alcohol Studies, UK 2006*. Descarregat en 27 setembre 2010. Accessible a: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

- Anderson, K.G., Ramo, D.E., Cummins, K.M. i Brown, S.A. (2010). Alcohol and drug involvement after adolescence treatment and functioning during emerging adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 107, 171-181.
- APA (American Psychiatric Association); López-Ibor, J.J. i Valdés, M. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV-TR. Texto revisado*. Barcelona: Elsevier-Masson
- Ardila, M.F. i Herrán, O.F. (2008). *Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia*. *Revista Médica de Chile*, 136, 73-82.
- Astvatsatryan, A.V. (2004). Moderate alcohol intake during bout of cough attenuate cough symptoms induced by ace inhibitors. *Internationa Journal of Cardiology*, 97 (2), S1-S75.
- Ávila, J.J., Pérez, A., Olazábal, J.C. i López, J. (2004). Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Adicciones*, 16 (4), 1-6.
- Babor T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J.W., Gruenewald, P.J., Hill, L., Holder, H.D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. i Rossow, I. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Ballester, R. i Gil, M.D. (2009). ¿Por qué los jóvenes se dan atracones de alcohol los fines de semana? Estudio sobre creencias y actitudes relacionadas con este patrón de consumo y diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 25-35.
- Ballester, R., Gil, M.D. i Guirado, M.C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 110, 855-898.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-295.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs. NJ. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge RU. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción, fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bandura, A. i Walters, R.H. (1979). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Batty, G.D., Hunt, K., Emslie, C., Lewars, H., i Gale, C.R. (2009). Alcohol problems and all-cause mortality in men and women: Predictive capacity of a clinical screening tool in a 21-year follow-up of a large, UK-wide, general population-based survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (4), 317-321.
- Becerra, A. (2009). *Las drogas: efectos sobre la salud y el comportamiento social. Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Descarregat en 27 octubre 2010. Accessible a: www.eumed.net/rev/cccss/03/abh2.htm

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. i Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del interior*. Descarregat en 12 abril 2008. Accessible a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bedford, D., O'Farrell, A., i Howell, F. (2006). Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Irish Medical Journal*, 99 (3), 80-83.
- Beets, M.W., Flay, B.R., Vuchinick, S., Li, K., Acock, A., Snyder, F.J. i The Tobacco Etiology Research Network (TERN) (2009). Longitudinal patterns of binge drinking among first year college students with a history of tobacco use. *Drug and Alcohol Dependence*, 103, 1-8.
- Bellis, M. i Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16 (4), 249-258.
- Beltrán, M. (1994). Cinco vías de acceso a la realidad. Dins M. García, F. Ibáñez i F. Alvira (comps.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (p. 19-49). Madrid: Alianza.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel Sociología.
- Bertelli, A.A. i Das, D.K. (2009). Grapes, Wines, Reseratro and Heart Health. *Journal of cardiovascular pharmacology*, 54 (6), 468-476.
- BOE (Boletín Oficial del Estado) (2005). Real Decret 17/2005, de 19 de juliol, publicat en el BOE 172 de 20 de juliol.
- Bríñez-Horta, J.A. (1998). *El consumo de alcohol en escolares con edades entre 9 y 18 años y variables sensorceptuales asociadas. Proyecto docente*. Bogotá: Unidad de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Bríñez-Horta, J.A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13 (4), 439-455.
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Tate, S.R. i Abrantes, A.M. (2000). The role of alcohol in adolescent relapse and outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 107-115.

- Brügger-Andersen, T. Pönitz, V. Snapinn S. i Dickstein, K. (2009). Moderate alcohol consumption is associated with reduced long-term cardiovascular risk in patients following a complicated acute myocardial infraction. *International Journal of Cardiology*, 133, 229-232.
- Bu, E.T.H., Watten, R.G., Foxcroft, D.R., Ingebrigtsen, J.E. i Relling, G. (2002). Teenage alcohol and intoxication debut: the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 74-80.
- Caballero, P.J., Dorado S., Díaz, A., García, M.E., Yubero, L., Torres, N., Ibero, C. i Cantero, J. (2008). Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la comunidad de Madrid: estudio Veia 2004. *Anales de Medicina Interna*, 25, 67-72.
- Cadoni, C., Pisanu, A., Solinas, M., Acquas, E. i Di Chiara, G. (2001). Behavioural sensitization after repeated exposure to delta9-tetrahydrocannabinol and cross-sensitization with morphine. *Psychopharmacology*, 158, 259–266.
- Cail, J. i Labrie, J.W. (2010). Disparity between the perceived alcohol-related attitudes of parents and peers increases alcohol risk in college students. *Addictive Behaviors*, 35 (2), 135-139.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (supl. 1), 317-335.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol en los jóvenes en España. *Adicciones*, 19 (3), 217-224.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. i Becoña, E. (2007). Weekend nightlife recreational habits: prominent intrapersonal “risk factors” for drug use? *Substance Use & Misuse*, 42, 1443-1454.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. i Becoña, E. (2008). Recreational nightlife: risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: education, prevention and policy*, 15 (2), 189-200.
- Calafat, A., Adrover, D., Juan, M. i Blay, N.T. (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 de Salud Pública*, 82, 323-331.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 409-422.
- Calvo, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Trastornos adictivos*, 5 (3), 256-268.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Campbell, J.M. i Oei, T.P. (2010). A cognitive model for the intergenerational transference of alcohol use behavior. *Addictive Behaviors*, 35 (2), 73-83.

- Carlson, S.R., Johnson, S.C. i Jacobs, P.C. (2010). Disinhibited characteristics and binge drinking among university student drinkers. *Addictive Behaviors*, 35 (3), 242-251.
- Casas, M. i Guardia, J. (2002). Patología psiquiàtrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14 (1), 195-219.
- Casas, J. i López, J.P. (1996). Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. *Medicina Clínica*, 107 (14), 544-548.
- Castro, A., López, S. i Pedreira, J. (2006). Hepatitis víricas en usuarios de drogas. *Adicciones*, 18 (1), 115-136.
- Castro de la Mata, R. i Zavaleta, A. (2002). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001. Encuesta en hogares. *Monografías de investigación del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas*, N° 20. Lima: CEDRO.
- Castro de la Mata, R. i Zavaleta, A. (2004). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2003. Encuesta en hogares. *Monografías de investigación del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas*, N° 23. Lima: CEDRO.
- Caupena, G., Palomo, A., Junquero, A. i Abellán, M.T. (2003). Depresión psicótica inducida por abstinencia de sustancias. *Psiquiatría Biológica*, 10 (2), 61-62.
- Cebrián, N., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Gómez, A.B., i Sullman, M.J.M. (2008). *The Transtheoretical Model of Change applied to the acquisition of cannabis consumption in spanish students*. Pòster presentat al VIII National Congress Health as Shared Social Responsibility, celebrat a Rovigo (Itàlia) de l'1 al 4 d'octubre.
- Chan, A.M., Von Mühlen, D., Kritz-Silverstein, D. i Barret-Connor, E. (2009). Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, 62 (3), 294-300.
- Chau, C. i Oblitas, H. (2007). Características del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5, 43-70.
- Chen, L., Davey Smith, G., Harbord, R.M. i Lewis, S.J. (2008). Alcohol intake and blood pressure: a systematic review implementing a mendelian randomization approach. *PLoS Medicine*, 5 (3), 461-471.
- Chen, K. i Kandel, D.B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.
- Chicharro, J., Pedrero, E.J. i Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP i el MCMI-II. *Adicciones*, 19 (2), 141-152.
- Chirivella, J., Espert, R. i Gadea, M. (1996). Déficits neuropsicológicos asociados al consumo de alcohol – una aproximación multidisciplinar- *Psicología Conductual*, 4 (3), 377-392.

- Cyders, M.A., Flory, K., Rainer, S. i Smith, G.T. (2008). The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first-year college drinking. *Addiction*, 104, 193-202.
- Colby, S.M., Colby, J.J. i Raymond, G.A. (2009). College versus the real world: students perceptions and implications for understanding heavy drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 34, 17-27.
- Comino, R. i Prieto, S. (2002). Alcohol i càncer de mama. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 45 (12), 541-558.
- Cooperación Internacional ONG (2008). *Observatorio Juvenil 2008*. Descarregat en 14 novembre 2009. Accessible a: <http://www.ciong.org/ci/descargas/ObservatorioJuvenil2008.pdf>
- Cortés, M.T. (2006). Realidad del fenómeno "botellón": ¿hacia dónde vamos?. *20 Congreso Sociedad, familia y drogas. Dossier de prensa*. Descarregat en 23 novembre 2009. Accessible a: <http://www.fad.es/dossieres/DOSSIER3.pdf>
- Cortés, M.T., Espejo, B. i Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20 (3), 396-402.
- Crankshaw, E. (2009). The relationship between inhalant use and adolescent gateway drug use sequencing: A latent transition analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69 (7-B), 4119.
- Cruz, A., Bouzas, C.A., Concheiro, M., De Castro, A., Quintelo, O., Bermejo, A.M. i Pereiro, C. (2006). Drogas y teratogenia. *Adicciones*, 18 (1), 245-261.
- Darke, S., Duflou, J. i Torok, M. (2009). Drugs and violent death: comparative toxicology of homicide and non-substance toxicity suicide victims. *Addiction*, 104 (6), 1000-1005.
- De Rijke, Y.B., Demacker, P.N., Assen, N.A., Sloots, L.M., Katan, M.B. i Stalenhoef, A.F. (1996). Red wine consumption does not affect oxidizability of low-density lipoprotein volunteers. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 63, 329-334.
- Di Castelnuovo, A., Rotondo, S., Iacoviello, L., Donati, M.B. i De Gaetano, G. (2002). Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*, 105 (24), 2806-2807.
- Díaz, T. (2002). Programa de prevención del consumo de alcohol en jóvenes a través de una oferta de ocio alternativo en horario nocturno. "Las mil y una noches". *Trastornos Adictivos*, 4 (2), 92-94.
- Dijkstra, A., Conijn, B. i De Vries, H. (2006). A match-mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction*, 101, 1035-1043.
- Dijkstra, A., De Vries, H. i Bakker, M. (1996). The pros and cons of quitting, self-efficacy and the stages of change in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 758-765.

- Domènec, E., Larraburu, I.S., Montcada, A. i Font-Mayolas, S. (2003). Perturbaciones en el desarrollo adolescente: depresiones, trastornos alimenticios, drogadicción, tabaquismo. Dins A. Perinat (coord.), *Los adolescentes en el siglo XXI* (p. 225-258). Barcelona: UOC.
- Donovan, J.E. i Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (6), 890-904.
- Donovan, J.E., Jessor, R. i Costa, F.M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 762-765.
- Duran, Larriba i Suelves (2002). Alcohol, coge tu punto: programa aplicado de reducción de riesgos entre estudiantes universitarios. *Trastornos Adictivos*, 4, 39-43.
- Elkind, M., Sciacca, R., Boden-Albala, B, Rundek, T., Paik, M. i Sacco, R.L. (2006). Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic stroke. *A Journal of Cerebral Circulation*, 37, 13-19.
- Escarabajal, M.D. (2002). Enzimas cerebrales y psicofarmacología del alcohol. *Adicciones*, 14 (4), 465-478.
- Espada, J.P., Alfonso, J.P., García del Castillo, J.A. i Lloret, D. (2006). *¿Son peores estudiantes los que beben y fuman? Rendimiento académico y consumo de alcohol y tabaco en una muestra de estudiantes españoles de educación secundaria*. Poster presentat al VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta celebrat a Santiago de Compostela.
- Espada, J.P., Méndez, F. X. i Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12 (1), 57-64.
- Espada, J.P., Pereira, J.R. i García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 20 (4), 531-537.
- Estruch, R. (1990). Alteraciones hematológicas asociadas al alcoholismo crónico. Dins J. Rodés, A. Urbano-Marquez i L. Bach. (eds.), *Alcohol y enfermedad* (2ª ed., p. 249-261). Barcelona: J.R. Prous Editores.
- Estruch, R. i Sacanella, E. (2005). Alcohol: ¿tónico o tóxico cardiovascular? *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 17 (4), 183-195.
- Estruch, R. i Urbano-Marquez, A. (1990). Miopatía y miocardiopatía alcohólicas. Dins J. Rodés, A. Urbano-Marquez i L. Bach. (eds.), *Alcohol y enfermedad* (2ª ed., p. 211-228). Barcelona: J.R. Prous Editores.
- European Commission (2006a). *Alcohol related harm in Europe*. Descarregat en 14 novembre 2007. Accessible a: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf
- European Commission (2006b). *Alcohol in Europe. A public Health perspective*. Descarregat en 15 març 2010. Accessible a: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_chap4_en.pdf

- European Commission (2007). *Special EUROBAROMETER 272. Attitudes towards Alcohol*. Descarregat en 14 novembre 2007. Accessible a: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. *The Journal of American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Expósito, J., García, L.M., Sanhueza, C. i Angulo, M.T. (2009). Análisis de las actividades de ocio en estudiantes de primer curso de la Facultad de Educación: Relación con el alcohol. *Revista Complutense de Educación*, 1, 165-192.
- FAD (2006). *Jóvenes, valores, drogas*. Madrid: Ancares Gestión Gráfica.
- Fava, J.L., Velicer, W.I. i Prochaska, J.O. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smoking. *Addictive Behaviors*, 20 (2), 189-203.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. i Horwood, L.J. (2006) Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 556–569.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. i Horwood, L.J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66 (3), 260-266.
- Fernández, B., Jorge, V. i Béjar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6, 243-256.
- Fernández, C. i Llorente, J.M. (2006). Evaluación de constructos relacionados con la Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez. *Adicciones*, 18 (3), 251-258.
- Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: an analysis based on the theory of reasoned action. *International Journal of Psychology*, 24, 37-56.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol con fundamento en el modelo transteórico en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2001). Clasificación de estudiantes universitarios bogotanos consumidores de alcohol en etapas conforme al modelo transteórico. *Adicciones*, 13 (2), 199-209.
- Fontana, A. i Frey, J.H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text. Dins N. Denzin i Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative research*, (p. 645-672). Londres: Sage.
- Font-Mayolas, S. (2004). *Deixar de fumar: valorant pros i contres*. Girona: Universitat de Girona.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M. i Gómez, A.B. (2008). Consumo de tabaco y etapa de cambio: el papel de los intentos previos para dejar de fumar. *Behavioral Psychology*, 16 (2), 259-272.

- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M. i Sullman, M.J.M. (2007). Motivations for change and the pros and cons of smoking in a Spanish population, *Addictive Behaviors*, 32, 175-180.
- Font-Mayolas, S., Oliveras, C., Gras, M.E. i Planes, M. (1997). Factores influyentes en los comportamientos de riesgo y de prevención de la salud en estudiantes. *Psicologemas*, 11 (22), 245-259.
- Font-Mayolas, S. i Planes, M. (2000). Efectos del modelado por parte de la familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. *Adicciones*, 12 (4), 467-477.
- Franciscus, A. (2006). El alcohol y el hígado. *Alcohol and the liver*, 1, 1-2.
- Fu, A., Ko, H., Wu, J.Y., Cherng, B. i Cheng, C. (2007). Impulsivity and expectancy in risk for alcohol use: Comparing male and female college students in Taiwan, *Addictive Behaviors*, 32, 1887-1896.
- Fundación BBVA. Unidad de Estudios Sociales y de Opinión Pública. (2006). *Estudio sobre Universitarios Españoles 2006*. Descarregat en 17 setembre 2009. Accessible a: http://w3.grupobbva.com/TLFU/dat/universitarios_2006.pdf
- Funes, J. (2003). ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema? *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 1-8.
- Gallego, J., Toledo, J.B., Urrestarazu, E. i Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (1), 19-36.
- Garay, A., Íñiguez, L., Martínez, M., Muñoz, J., Pallarès, S. i Vázquez, F. (2002). Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 437-450.
- García, M.P. (2002). Alcohol y violencia familiar. *Adicciones*, 14 (1), 3-8.
- García de Albéñiz, X.A., Guerra, F., Ortega, R., Sánchez, A. i Martínez, M.A. (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 108-117.
- García del Castillo, J.A., López, C. i Quiles, M.C. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. *Salud y Drogas*, 6 (2), 149-159.
- Garrido, M.J., Rosselló, J., Munar, E. i Quetgles, M. (2001). Influencia de las bajas tasas de alcoholemia sobre el rendimiento psicomotor y el control atencional de la acción: implicaciones para la seguridad vial. *Psicothema*, 13 (2), 229-233.
- Generalitat de Catalunya (2004). *Enquesta sobre drogues a la població escolar de Catalunya. L'any 2004*. Descarregat en 31 octubre de 2007. Accessible a: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/informe_eed_2004.pdf
- Generalitat de Catalunya (2006a). *Enquesta de Salut a Catalunya 2006*. Descarregat en 12 març 2010. Accessible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/r15.pdf>

- Generalitat de Catalunya (2006b). *Programa veus el que beus?* Descarregat en 15 novembre 2007. Accessible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir470/doc10703.html>
- Generalitat de Catalunya (2007). *Població que declara haver consumit alcohol segons el grau de consum, per grups d'edat i sexe.* Descarregat en 22 octubre 2007. Accessible a: http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/Documents/Arxiu/2_3_2_2.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2008). *Llibre Blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats.* Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2009). *Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Informe de Salut a Catalunya.* Descarregat en 12 març 2010. Accessible a: http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/La_salut/arxius_documents/0_Pla_de_salut_de_Catalunya_a_l_horitzo2010_1a%20part_tot.pdf
- Gerlich M.G., Krämer, A., Gmel, G., Maggiorini, M., Lüscher, T.F., Rickli, G.R., Kleger, G.R. i Rehm, R. (2009). Patterns of alcohol consumption and acute myocardial infarction: a case-crossover analysis. *European Addiction Research*, 15 (3), 143–149.
- Giesbretch, N. (2008). Desarrollos recientes sobre el consumo global de alcohol y consumos de alto riesgo: argumentos a favor de las intervenciones efectivas a nivel de población en Canadá. *Adicciones*, 20 (3), 207-220.
- Golub, A.L. i Johnson, B.D. (1998). Alcohol is not the gateway to hard drug abuse. *Journal of Drug Issues*, 28 (4), 971-984.
- Gómez, M.L. i Gómez, R. (2001). Valoración del consumo de alcohol en estudiantes de derecho y de medicina de la Universidad Complutense de Madrid. *Semergen*, 27, 339-347.
- Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S. i Martin, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 11 (3), 41-45.
- Gómez-Fragüela, J.A., Fernández, N., Romero, E. i Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20 (2), 211-217.
- González, V.M., Collins, R.L. i Bradizza, C.M. (2009). Solitary and social heavy drinking, suicidal ideation, and drinking motives in underage college drinkers. *Addictive Behaviors*, 34 (12), 993-999.
- González-Quintela, A., Vidal, C. i Gude, F. (2004). Alcohol, IgE and allergy. *Addiction Biology*, 9 (3-4), 195-204.
- Govern de les Illes Balears (2007). *Guía mujer y drogodependencias. Conselleria de Salut i Consum.* Descarregat en 6 octubre 2009. Accessible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Mujer_Drogodependencias.pdf

- Granizo, J.J. (2002). Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. *Revista Latina de Cardiología*, 23 (2), 41-50.
- Graña, J.L. i Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 19-32.
- Gras, M. E., Planes, M., i Font-Mayolas, S. (2008). *La distracción de los conductores: un riesgo no percibido*. Barcelona: Fundació RACC.
- Gronbaek, M., Becker, U., Johansen, D., Gottschau, A., Schnohr, P., Hein, H.O., Jensen, G. i Sorensen, T.I. (2000). Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer. *Annals of Internal Medicine*, 133, 411-419.
- Grossbard, J.R., Geisner, I.M., Mastroleo, N.R., Kilmer, J.R., Turrisi, R. i Larimer, M.E. (2009). Athletic identity, descriptive norms and drinking among athletes transitioning to college. *Addictive Behaviors*, 34, 352-359.
- Guardia, J. (2001). Neurobiología del alcoholismo. Dins Gabriel Rubio i Joaquín Santo-Domingo (eds.), *Curso de especialización en alcoholismo*, (p. 1-31). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Gual, A. (1990). Etiología del alcoholismo. Dins J. Rodés, A. Urbano-Marquez i L. Bach. (eds.), *Alcohol y enfermedad* (2ª ed., p. 17-25). Barcelona: J.R. Prous Editores.
- Guerri, C. (2000). Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro. *Trastornos Adictivos*, 2, 14-25.
- Harden, K., Hill, J.E., Turkheimer, E. i Emery, R.E. (2008). Gene-environment correlation and interaction in peer effects on adolescent alcohol and tobacco use. *Behavior Genetics*, 38, 339-347.
- Harrell, Z.A. i Karim, N.M. (2008). Is gender relevant only for problem alcohol behavior? An examination of correlates of alcohol use among a college students. *Addictive Behaviors*, 33, 359-365.
- Harrell, Z.A., Slane, J.D. i Klump, K.L. (2009). Predictors of alcohol problems in college women: the role of depressive symptoms, disordered eating, and family history of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 34 (3), 252-257.
- Hasin, D.S. i Beseler, C.L. (2009). Dimensionality of lifetime alcohol abuse, dependence and binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 53-61.
- Hawkins, J.D., Hill, K.G., Guo, J. i Battin-Pearson, S.R. (2002). Substance use norms and transitions in substance use: Implications for the Gateway Hypothesis. Dins: D. Kandel (ed.). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (p. 42-64). New York: Cambridge University Press.
- Hedden, S.L., Malcolm, R.J. i Latimer, W.W. (2009). Differences between adult non-drug users versus alcohol, cocaine and concurrent alcohol and cocaine problem users. *Addictive Behaviors*, 34 (3), 323-326.

- Hernán, M., Fernández, A. i Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 47-55.
- Hesse, M. i Tutenges, S. (2009). Evening experiences versus drinking indicators as predictors of hangover on a summer holiday. *American Journal of Addictions*, 18, 130-134.
- Hesse, M. i Tutenges, S. (2010). Predictors of hangover during a week of heavy drinking on holiday. *Addiction*, 105, 476-483.
- Hingson, R.W., Heeren, T. i Winter, M.R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration and severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 739-746.
- Hodgson, R.J., John, B., Alwyn, T., Hodgson, R.C., Waller, S., Thom, B. i Newcombe, R. (2003). Fast screening for alcohol misuse. *Addictive Behaviors*, 28, 1453-1463.
- Hommer, D.W., Momenan, R., Kaiser, E. i Rawlings, R. (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *American Journal of Psychiatry*, 158, 198-204.
- Ibáñez, J. (1992). *Más allá de la sociología: el grupo de discusión : teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Institute of Alcohol Studies (2006). *Report: Alcohol in Europe*. Descarregat en 3 de desembre 2007. Accessible a: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Instituto de la Juventud (INJUVE) (2004). *Sondeo de opinión y situación de la gente joven. Ocio y tiempo libre, noche y fin de semana, consumo de alcohol, inmigración. Segunda encuesta 2004. Avance de resultados. Estudio INJUVE EJ100*. Madrid: INJUVE. Descarregat en 24 octubre 2009. Accessible a: <http://www.injuve.mtas.es>
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobar, J.J. i Cano, A. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo. *Psicothema*, 13 (4), 571-580.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. i Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28.
- Kahler, C.W., Hoepfner, B.B. i Jackson, K.M. (2009). A Rasch model analysis of alcohol consumption and problems across adolescence and young adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 33 (4), 663-673.
- Kandel, D.B. (1973). The role of parents and peers in adolescent marijuana use. *Science*, 181, 1067-1070.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 289-315.

- Kandel, D.B. i Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use. Dins: M. Glantz i R. Pickens (eds.). *Vulnerability to drug abuse* (p. 211-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kandel, D.B. i Davies, M. (1996). High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53, 71-80.
- Kandel, D.B. i Raveis, V.H. (1989). Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 46, 109-116.
- Kandel, D.B., Raveis, V.H. i Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (2), 289-309.
- Kandel, D.B. i Wu, P. (1995). The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 5 (2), 225-252.
- Kandel, D.B. i Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. Dins C.L. Jones i R.J. Battjes (eds.). *Etiology of drug abuse* (p. 193-235). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D.B. i Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83, 851-855.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K. i Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (5), 447-457.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K. i Cousino, L. (2006). Testing de gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 470-476.
- Kelley, R.M., Denny, G. i Young, M. (1999). Modified stages of acquisition of gateway drug use: A primary prevention application of the stages of change model. *Journal of Drug Education*, 29 (3), 189-203.
- Krahn, D.D., Kurth, C.L., Gomberg, G. i Drewnowski, A. (2005). Pathological dieting and alcohol use in college women – a continuum of behaviors. *Eating Behaviors*, 6, 43-52.
- Krueger, R.A. (1991). *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- LaBrie, J.W., Thompson, A.D., Ferraido, P., Garcia, J.A., Huchting, K. i Shelesky, K. (2008). The differential impact of relational health on alcohol consumption and consequences in first year college woman. *Addictive Behaviors*, 33, 266-278.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J. i Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones*, 16 (1), 41-52.

- Lewis, B.A. i O'Neill, H.K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25 (2), 295-299.
- Livingston, M. i Room, R. (2009). Variations by age and sex in alcohol-related problematic behaviour per drinking volume and heavier drinking occasion. *Drug and Alcohol Dependence*, 101 (3), 169-75.
- Llei 8/1998, 10 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2686.
- Londoño, C. (2007). Modelo Cognitivo – Social Integrado para la Prevención del Abuso en el Consumo de Alcohol. *Tipica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3, 2, 1-11.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S.C. i Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21 (2), 259-267.
- Londoño, C. i Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 155-162.
- Londoño, C. i Vinaccia, S. (2007). *Actualización 2007: Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos*. Treball presentat al *Congreso Prevención Basada en la Evidencia: Comunidades y droga*, Bogotá, 15-16 març 2007.
- López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo, R. i Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17 (3), 241-249.
- López-Torrecillas, F., Martín, I., De la Fuente, E.I. i Godoy, J. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12, 331-334.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J. i Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones* 15 (2), 127-136.
- Lorenzo, A. i Castro, A. (2006). Alcohol y sistema nervioso central. *Adicciones*, 18 (1), 71-91.
- Lyvers, M., Hasking, P., Hani, R., Rhodes, M. i Trew, M. (2010). Drinking motives, drinking restraint and drinking behavior among young adults. *Addictive Behaviors*, 35 (2), 116-122.
- March, J.C., Prieto, M.A., Hernán, M. i Solas, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13 (4), 312-19.
- Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25, 87-99.
- Martínez, J.A., Muñoz, M.A. i Sher, K.J. (2009). A new minimum legal drinking age (MLDA)? Some findings to inform the debate. *Addictive Behaviors*, 34, 407-410.

- Martínez, C., Pérez, V.T., Carballo, M. i Varona G. (2005). Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 21, 3-4.
- Matos, R., Betancourt, A., Álvarez, E., Aces, S. i Toirac, S. (2001). Muertes violentas y consumo de alcohol. *Adicciones*, 13 (1), 75-80.
- McQuown, S.C., Dao, J.M., Belluzzi, J.D. i Leslie, F.M. (2009). Age-dependent effects of low-dose nicotine treatment on cocaine-induced behavioral plasticity in rats. *Psychopharmacology*, 207, 143-152.
- Meg, G., Gibbons, F., Zhao, L., Russell, D.W., Reis-Bergan, M. (1999). The effect of peers' alcohol consumption on parental influence: A cognitive mediational model. *Journal of Studies on Alcohol*, 13, 32-44.
- Megías, E., Ballesteros, J.C., Conde, F., Elzo, J., Laespada, T., Megías, I. i Rodríguez, E. (2007). *Adolescents davant l'alcohol. La mirada de pares i mares. Col·lecció estudis socials, número 22*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Merrill, J.C., Kleber, H.D., Shwartz, M., Liu, H. i Lewis, S.R. (1999). Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and American youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 56 (3), 205-212.
- Michalak, L., Trocki, K. i Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 268-280.
- Miles, M.B. i Hubermars, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand oaks: Sage.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). *¿Como ayudar a prevenir lesiones de accidentes de tráfico?*. Descarregat en 22 setembre 2009. Accessible a: http://www.msps.es/ciudadanos/accidentes/docs/GUIA_PREV_ACC_TR_AFICO.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Observatorio español sobre drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES)*. Descarregat en 30 octubre 2006. Accessible a: <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Observatorio español sobre drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España -2005-2006- análisis y principales resultados*. Descarregat en 31 octubre 2007. Accessible a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a). *Alcohol. Informe nº2 de la comisión clínica 2007*. Descarregat en 3 febrer 2008. Accessible a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007b). *Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008a). *Observatorio español sobre drogas. Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/2008*. Descarregat en 25 octubre 2009. Accessible a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b). *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España*. Descarregat en 10 juny 2010. Accessible a: <http://www.msps.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Observatorio español sobre drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008*. Descarregat en 2 març 2010. Accessible a: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf
- Moncada, A. i Pérez, K. (1998). Consumo de tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado en los alumnos de enseñanza media de Terrassa. *Gaceta Sanitaria*, 12, 241-247.
- Moore, G.F., Rothwell, H. i Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 5 (6), 1-14.
- Mora-Ríos, J. i Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43 (2), 89-96.
- Mora-Ríos, J., Natera, G. i Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes, *Salud Mental*, 28 (2), 82-90.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. i Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8 (2), 319-328.
- Moral, M.V. i Ovejero, A. (2009). Experimento con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 533-553.
- Moral, M.V., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F.J. i Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32 (2), 125-138.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. i Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuestas de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17 (2), 105-120.
- Mulia, N., Ye, Y., Greenfield, T.K. i Zemore, S.E. (2009). Disparities in alcohol-related problems among White, Black and Hispanic Americans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33 (4), 654-662.

- Muñoz-Repiso, C. (2002). Alcohol y reducción de daños. *Trastornos Adictivos*, 4, 1-11.
- National Center for Health Statistics Health (2009). *Health, United States 2008*. MD: Washington, DC.
- Natera-Rey, G., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Solís-Rojas, L. i Tiburcio-Sainz-M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43, 17-26.
- NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (2007). *Ayudando a pacientes que beben en exceso. Guía para profesionales de la Salud*. NIH, 7.
- Nieva, G., Gual, A., Ortega, L. i Mondón, S. (2004). Alcohol y tabaco. *Adicciones*, 16 (2), 191-199.
- Nutt, D.J., King, L.A. i Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565.
- Observatorio de Galicia sobre Drogas (2007). *Informe Xeral 2006*. Descarregat en 10 octubre 2010. Accessible a: <http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1558>
- Olivari, C. i Barra, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 5-11.
- Oliveras, C., Font-Mayolas S., Gras, M.E. i Planes, M. (1999). La experiencia previa como variable predictora de la percepción de vulnerabilidad: Estrategias de evaluación. *Clínica y Salud*, 9 (2), 417-430.
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Descarregat en 10 juny 2009. Accessible a: <http://www.paho.org/English/DD/PUB/AuditBro-3.pdf>
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2002). *The World Health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Descarregat en 3 setembre 2009. Accessible a: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10)*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2004). *Global Status Report on Alcohol. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse*. Geneva. Descarregat en 2 de novembre de 2007. Accessible a:

- http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2006a). *Alcohol + violencia. Violencia interpersonal y alcohol*. Descarregat en 14 setembre 2009. Accessible a: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol_es.pdf
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2006b). *Alcohol + violencia. Violencia juvenil y alcohol. Nota descriptiva*. Descarregat en 14 setembre 2009. Accessible a: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_youth_es.pdf
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2006c). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Descarregat en 20 juny 2010. Accessible a: http://www.who.int/substance_abuse/wha58_26_sp.pdf
- OMS (Organització Mundial de la Salut; World Health Organization) (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2005). *Informe mundial sobre las drogas ONU para 2005*. Descarregat en 14 de novembre de 2007. Accessible a: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/>
- Orgaz, M.P., Segovia, M., López, F. i Tricio, M.A. (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*, 36 (6), 297-305.
- Ortiz, S., Peña, D., Ortiz, S. i Sánchez, R., (2003). Consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de Córdoba. *Enfermería Clínica*, 13 (4), 202-207.
- Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V. i Smith, N.F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 23 (3), 303-324.
- Palmer, R.H.C., Young, S.E., Hopfer, C.J., Corley, R.P., Stallings, M.C., Crowley, T.J. i Hewitt, J.K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalised risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 78-87.
- Parazzini, F., Chatenoud, L., Surace, M., Tozzi, L., Salerio, B., Bettoni, G. i Benzi, G. (2003). Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57 (10), 1345-1349.
- Parés, A., i Caballería, J. (2006). Alcohol y aparato digestivo. *Adicciones*, 18 (1), 51-71.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre jóvenes. *Adicciones*, 14 (1), 123-131.
- Pereiro, C. i Serrano, M. (2006). Drogas y disfunción sexual. *Adicciones*, 18 (1), 231-246.

- Pérez, B., De Vicente, M.P., García, L., Romero, C. i Oliveras, M.A. (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 10 (1), 42-48.
- Pérula, L.A., Fernández, J.A., Arias, R., Muriel, M., Márquez, E. i Ruiz, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria*, 36 (9), 499-506.
- Pérula, L.A., Ruiz, R., Fernández, J.A., Herrera, E., De Miguel, M.D. i Bueno, J.M. (1998). Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (4), 331-341.
- Plasencia, A. (2002). Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. *Adicciones*, 14 (1), 279-290.
- Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E. i Meier, K.S. (2001). Stages of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large school-based population of adolescents. *Addictive Behavior*, 26, 551-571.
- Ponce, G. (2005). Mortalidad relacionada con el alcoholismo en el hospital general. *Medicina Clínica*, 125 (12), 456-457.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 251-266.
- Prado, V., Crespo, J.M., Brenlla, J. i Páramo, M. (2007). Relación entre consumo de alcohol y rasgos patológicos de personalidad en una muestra de alumnos universitarios. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 126-131.
- Preston, P. i Goodfellow, M. (2006). Cohort comparison: Social learning explanations for alcohol use among adolescents and older adults. *Addictive Behaviors*, 31, 2268-2283.
- Prochaska, J.O. (2006). Is social cognitive theory becoming a transtheoretical model? A comment on Dijkstra et al. (2006). *Addiction*, 101, 915-917.
- Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. Dins S. Shiffman i T.A. Ashby (eds.), *Coping and substance use* (p. 345-363). Orlando: Academic Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. i Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. i DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.M. i Prochaska, J.O.(1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. Dins M. Casas i M. Gossop (eds.). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*, (p. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias
- Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Cohen, F.C., Gomes, S.O., Laforge, R.G. i Eastwood. A.L. (2004). The Transtheoretical Model of Change for Multi-level Interventions for Alcohol Abuse on Campus. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 47, 34-50.
- Prochaska, J.M. i Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behaviour change. *Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J.O., Wright, J.A. i Velicer, W.F. (2008). Evaluating Theories of Health Behavior Change: A Hierarchy of Criteria Applied to the Transtheoretical Model. *Applied Psychology*, 57 (4), 561-588.
- Puerta, R., Otero, E. i Lorenzo, V. (2006). Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica. Mortalidad y factores de mal pronóstico. *Anales de Medicina Interna*, 23 (7), 307-309.
- Redondo, S., Mirón, J.A. i López, C. (2001). Consumo de alcohol en universitarios, metodología de estudio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 57, 29-40.
- Rodríguez, J., Fernández, A.M., Hernández, E. i Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 24, 63-69.
- Rodríguez-Martos, A. (2005). Intervención breve en un bebedor de riesgo desde la atención primaria de salud. *Trastornos Adictivos*, 7 (4), 197-210.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A. i Llopis, J.J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España, *Medicina Clínica*, 112 (12), 446-450.
- Rosen, S.M., Miller, T.R. i Simon, M. (2008). The cost of alcohol in California. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (11), 1925-1936.
- Rosenquist, J.N., Murabito, J., Fowler, J.H. i Chistakis, H.D. (2010). The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Annals of Internal Medicine*, 152 (7), 422-436.
- Rosselló, J., Munar, E., Justo, S. i Arias, R. (1998). Efectos del alcohol sobre la atención dividida y la precisión del cambio atencional. *Psicothema*, 10 (1), 65-73.
- Rubio i Santo-Domingo (2001). Trastornos por uso de alcohol. Dins Gabriel Rubio i Joaquín Santo-Domingo (eds.), *Curso de especialización en alcoholismo*, (p. 1-31). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

- Sacco, R.L., Elkind, M., Boden-Albala, B., Lin, I. Kargman, D.E., Hauser, W.A., Shea, S. i Paik, M.C. (1999). The protective effect on moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 53-60.
- Saddichha, S., Sinha, B.N.P. i Kness, C.R.J. (2007). The role of gateway drugs and psychosocial factors in substance dependence in Eastern India. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (3), 257-266.
- Salamó, A. (2008). Etapes d'adquisició del consum d'alcohol en adolescents. Treball de recerca de doctorat no publicat, Universitat de Girona, Girona, Espanya.
- Salamó, A., Gras, M.E. i Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
- Salazar, I., Casas, M. i Rodríguez, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias desde la teoría de los constructos personales. Dins M. Casas (ed.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías* (I), (p. 305-331). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Salazar, I.C., Varela, M.T., Tovar, J.R. i Cáceres, D.E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 19-30.
- Sánchez, L. (2009). *Drogas y perspectiva de Género*: Documento Marco. Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia.
- Sánchez, R. (2002). Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites. *Adicciones*, 14, 133-153.
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V. i Morales, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació Psicològica*, 80, 51-59.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. i Morales, E. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína i cocaïna mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones*, 13 (1), 61-66.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. i Morales, E. (2003). Abuso y dependencia a drogas en la mujer. *Conductas adictivas*, 3 (1), 49-50.
- Sanchis, C. i Aragón, C.M.G. (2007). ¿Qué bebemos cuando bebemos? El papel del acetaldehído en el consumo de alcohol. *Adicciones*, 19 (1), 5-11.
- Santacreu, J. i Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias II. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- Santo-Domingo, J. (2002). El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Trastornos adictivos*, 4 (4), 223-232.
- Santolaria, F. i González-Reimers, E. (2006). Mortalidad en el síndrome de abstinencia alcohólica. *Anales de Medicina Interna*, 23 (7), 305-306.

- Saremi, A. i Arora, R. (2008). The cardiovascular implications of alcohol and red wine. *American Journal of Therapists*, 15 (3), 265-277.
- Secades, R. (1998). Uso y abuso de alcohol en los jóvenes. *Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social*, 1, 1-6.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 27 (12), 1653-1658.
- Share, D., McCrady, B. i Epstein, E. (2004). Stage of change and decisional balance for women seeking alcohol treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 525-535.
- Shaw, J., Hunt, I.M., Flynn, S., Amos, T., Meekan, J., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., McCann, K., Kapur, N. i Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales, *Addiction*, 101 (8), 1117-1124.
- Sher, L. i Merrick, J. (2007). Alcohol, impulsivity and suicidal behavior. *International Journal on Disability and Human Development*, 6 (4), 335-336.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., i Rogers, R.W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Sinkiewicz, W. i Weglarz, M. (2009). Alcohol and wine cardiovascular disease in epidemiologic studies, *Przegląd Lekarski*, 66 (5), 233-238.
- Sjagren, H., Eriksson, A. i Ahlm, K. (2000). Deaths in Sweden: a medico-legal autopsy study. *Journal of studies on alcohol*, 61 (4), 507-514.
- Sofi, F., Cesare, F., Abbate, R., Gensini, G.F. i Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 11, 1-7.
- Sogi, C. i Perales, A. (2001). Uso/Abuso de alcohol en estudiantes de Medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62, 13-19.
- Steenbeek, A., Tyndall, M., Rothenberg, R. i Sheps S. (2006). Determinants of sexually transmitted infections among Canadian Inuit adolescent populations. *Public Health Nursing*, 23 (6), 531-534.
- Stern, R.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F. i Elder, J.P. (1987). Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: Measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 12, 319-329.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge.
- Sun, X., Prochaska, J.O., Velicer, W.F. i Laforge, R.G. (2007). Transtheoretical principles and processes for quitting smoking: A 24-month comparison of a representative sample of quitters, relapsers, and non-quitters. *Addictive Behaviors*, 32, 2707-2726.

- Talbott, L.L., Martin, R.M., Usdan, S.L., Leeper, J., Umstattd, M.R., Cremeens, J.L. i Geiger, B.F. (2008). Drinking likelihood, alcohol problems and social as predictors of drinking days in the past month among first-year college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 34 (4), 433-440.
- Talbott, L.L., Umstattd, M.R., Usdan, S.L., Geiger, B.F. i Martin, R.J. (2009). Validation of the College Alcohol Problem Scale-revised (CAPS-r) for use with non-adjudicated first-year students. *Addictive Behaviors*, 34 (5), 471-473.
- Taylor, S.J. i Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Teruel, F.E., Martínez, A., Baleztena, J., Fuertes, C., i García de la Noceda, M.D. (2003). ¿Conocen las personas consultantes de nuestro centro de salud cuánto consumo de alcohol puede ser perjudicial para la la salud? *Atención Primaria*, 32 (8), 451-459.
- Thombs, D.L., O'Mara, R.J., Tsukamoto, M., Rossheim, M.E., Weiler, R.M., Merves, M.L. i Goldberger, B.A. (2010). Event-level analyses of energy drink consumption and alcohol intoxication in bar patrons. *Addictive Behaviors*, 35 (4), 325-330.
- Thornton, B.A. (2009). The utilization of close friends to measure prevalence, level of recognition, and the confrontation of alcohol use disorders among college students. *Dissertation Abstracts International*, 69 (7-A), 2622.
- Tójar, J.C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- Turrisi, R., Wiersma, K.A. i Hughes, K.K. (2000). Binge-drinking related consequences in college students: roles of drinking beliefs and mother-teen communications. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (4), 342-355.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Barnia, C. i Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *The New England Journal of Medicine*, 348 (26), 2599-2608.
- Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Vela, G., Martin, S., Garcia-Gil, L., Crespo, J. A., Ruiz-Gayo, M., Fernandez-Ruiz, García-Lecumberri, C., Pélaprat, D., Fuentes, J.A., Ramos, J.A. i Ambrosio, E. (1998). Maternal exposure to delta9-tetrahydrocannabinol facilitates morphine self-administration behavior and changes regional binding to central mu opioid receptors in adult offspring female rats. *Brain Research*, 807, 101-119.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. i Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1279-1289.
- Velicer, W.F., Redding, C.A., Anatchkova, M.D., Fava, J.L. i Prochaska, J.O. (2007). Identifying cluster subtypes for the prevention of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, 32, 228-247.

- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Viña, C.M. i Herrero, M. (2004). El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de la Laguna. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 521-536.
- Vinyeta, A., Larriba, J. i Suelves, J.M. (2002). "Alcohol, coge tu punto": programa aplicado de reducción de riesgos entre estudiantes universitarios. *Trastornos Adictivos*, 4, 39-43.
- Wang, L., Lee, I.M., Manson, J.E., Burin, J.E. i Sesson, H.D. (2010). Alcohol consumption, weight gain, and risk of becoming overweight in middle-aged and older women. *Archive of Internal Medicine*, 170 (5), 453-461.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future live events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (5), 806-820.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it don't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3 (5), 431-457.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (5), 481-500.
- Werch, C.E. i Diclemente, C.C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- Willner, P. (2001). A view through the Gateway. Expectancies as a possible pathway from alcohol to cannabis. *Addiction*, 96 (5), 691-703.
- Zárate, M., Zavaleta, A., Danjoy, D., Chanamé, E., Prochazka, R., Salas, M. i Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad de Lima, Perú. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 72-81.
- Zernicke, K.A., Cantrell, H., Finn, P.R. i Lucas, J. (2010). The association between earlier age of first drinking, disinhibited personality, and externalizing psychopathology in young adults. *Addictive Behaviors*, 35, 414-418.

ANNEXOS



Annex I. Glossari.

Tot seguit, es descriuen alguns dels conceptes relacionats amb les tipologies de consum esmentades i que cal diferenciar, si bé en alguns casos s'observen certs solapaments (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b; OMS, 1994):

- **Abstemi:** essent estrictes aquesta denominació fa referència a qui mai ha consumit ni consumeix alcohol, tot i que en la majoria d'estudis actualment es considera sota aquesta categoria aquelles persones que no han pres aquesta substància en els darrers 12 mesos. Per evitar equívocs aquelles persones que han abandonat un consum dependent, i actualment no prenen alcohol, haurien d'anomenar-se abstinentes o amb una dependència en remissió.
- **Consum controlat:** Ingesta alcohòlica que evita la intoxicació i s'usa bàsicament per a referir-se a persones que han tingut problemes amb l'alcohol i intenten mantenir un ús controlat.
- **Intoxicació:** Alteració funcional, psicològica i psicomotora de duració breu, com a conseqüència de la presència de l'alcohol en l'organisme.

Les dades de l'enquesta domiciliària *ESTUDES* realitzada entre ciutadans espanyols de 15 a 64 anys, entre els anys 2007-2008, aporten l'evidència d'un 19.2% d'enquestats que responen haver patit un estat d'intoxicació etílica al llarg del darrer any (un 14.1% n'havia experimentat un cop al mes i un 5.1 en major freqüència). Un 25.6% dels homes i un 12.4% de les dones, esdevenint la relació home/dona en 2.1. D'entre les persones que es van embriagar al llarg del darrer any, es detecta una major prevalença entre el col·lectiu més jove (un 31.8% de 15-34 anys vers un 10.1% en persones de més edat), essent la tendència a l'augment entre aquests i de forma més clara entre les noies joves (elles se situaven en un 19.1% l'any 1997, un 18.1% l'any 2001 i un 23.2% els anys 2007-2008).

Els autors Ballester i Gil (2009) en un estudi entre 574 joves (67.9% nois i 32.1% noies) de 18 a 24 anys de la Comunitat Valenciana desvetllaren que el 60% prenia alcohol en grans quantitats (el 44% 1 litre i el 20% 2 litres), essent els nois els que protagonitzen més intoxicacions.

- **Binge drinking:** anomenat també afartament, consum excessiu episòdic, consum agut episòdic o consum agut concentrat. L'apel·latiu més acceptat en la 1^a Conferència de prevenció i promoció de la salut en la pràctica clínica a Espanya és l'**episodi de consum intensiu** i consisteix en la ingesta de com a mínim 60 grams d'alcohol (6 UBE) en una única ocasió.

Les dades del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008a) desvetllen un 12.6% de persones que havien efectuat un *binge drinking* en alguna ocasió en els últims 30 dies, de forma més abundant entre els participants més joves (un 18% dels joves d'entre 15 i 34 anys i un 8.8% entre la mostra de més edat). La relació home/dona pel que respecta als episodis de consum intensiu és de 2.7.

Als Estats Units el percentatge observat és lleugerament superior ja que es detecta un 35.8% de persones a partir dels 18 anys realitzant consums massius²⁹ (Hasin i Beseler, 2009), o bé el 30% dels adults segons la NIAAA (2007).

- **Consum de risc (*hazardous drinking*):** És una tipologia de consum que posa en risc de patir conseqüències negatives a un mateix i a terceres persones. Alguns autors únicament inclouen conseqüències físiques i mentals (com en el consum perjudicial) i d'altres accepten també les de caire social. En el consum de risc, a diferència del consum perjudicial, la persona actualment no presenta cap trastorn.

El consum de risc presenta diferències en funció del gènere. En conseqüència, s'ha observat un major percentatge de nois sota aquesta categoria de consum ja que ells acostumen a consumir majors quantitats d'alcohol (Livingston i Room, 2009; Sánchez,

²⁹ Haver begut 4 o més begudes en dones i 5 o més en homes.

2009). És més, el perfil de bevedor de risc³⁰ detectat per Teruel et al. (2003) és un home de més de 30 anys, que coneix els problemes derivats del consum excessiu i que infravalora els efectes d'aquest sobre alguns problemes importants de salut.

Malgrat això, existeix una tendència per part d'elles a equiparar-se en els consums d'alcohol i també en els de risc, com ho exemplifica l'evolució observada entre els anys 1992 i 2006 a Espanya. Mentre que el percentatge de consumidors de risc descendeix en el cas dels nois d'un 18.2% a un 6.4% en elles passa a ser d'un 2.5 l'any 1992 a un 5.1 en el 2004, amb un lleuger retrocés en els darrers dos anys situant el percentatge a un 2.8% l'any 2006. Una nova diferència detectada entre homes i dones per Rodríguez i Sanz l'any 2006 és que els consums de risc entre ells es donen majoritàriament entre persones provinents d'una classe social més desfavorida mentre que les que fan consums de risc pertanyen a classes socials benestants (Sánchez, 2009).

Pel que respecta a l'edat, les dades d'algunes investigacions nord-americanes reflecteixen un major risc de pertànyer a aquesta categoria a l'inici de l'edat adulta. Així, tant el volum anual d'alcohol consumit com el consum de risc ocasional experimenta el punt màxim entre els 18 anys i l'inici de la segona dècada. En el cas de les noies el pic tant pel que respecta al consum total com al de risc es dona lleugerament a edats inferiors (18-19 anys) que en el cas dels nois (20-24 anys) (Livingston i Room, 2009). En la mateixa línia, Sánchez (2009) amb una mostra de gallecs descobreix un total de 6.4% d'homes i 2.8% de dones que realitzen consums de risc³¹, tot i que aquestes diferències de gènere tendeixen a difuminar-se a mesura que es descendeix en el grup d'edat de pertinença, tal i com es pot observar en la taula A1.1.

Taula A1.1.: Percentatge de persones amb consums de risc en funció de l'edat i el gènere (Sánchez, 2009).

GÈNERE	EDAT					
	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 i més
Homes	6.4%	3.2%	5.8%	7.1%	9.3%	4.7%
Dones	2.8%	3.3%	5.4%	3.6%	1%	2%

³⁰ Els autors l'anomenen consum excessiu.

³¹ En l'estudi els anomena bevedors abusius.

En una recerca portada a terme exclusivament amb participants del gènere femení, concretament 414 dones d'entre 18 i 75 anys (164 pacients d'un Centre d'Atenció Primària, CAP, i 250 procedents d'un Centre d'Atenció a les Drogodependències, CAD). S'observà que un 48.1% consumia alcohol (amb una mitjana d'UBE de 22.14, $DT = 43.2$ i una mediana de 7). Un 11.8% (IC: 8.9-14.9) realitzaven consums de risc (15.6% procedien del CAD i 6.1% del CAP). En aquest estudi no es van detectar diferències en funció de l'edat, mentre que altres variables sí van resultar tenir un pes significatiu de manera que existien més bevedores de risc entre: les universitàries (41.9%), les dones de classe social alta (66.7%) i les divorciades (45.5%) (Pérula et al., 2005).

- **Consum perjudicial d'alcohol:** Consum que causa un dany a la salut física o mental. Acostuma a considerar-se a partir de 4 UBE en la dona i 6 UBE en l'home diaris.

- **Consum problemàtic:** Patró d'ingesta que deriva en problemes individuals, col·lectius, de salut o socials. Pot ser considerat un estadi precoç a la dependència o bé alguns autors el qualifiquen de "consum perjudicial". L'OMS recomana referir-se a **problemes relacionats amb l'alcohol**. El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007a) estableix deu criteris que caracteritzen els *bevedors no problemàtics*:
 1. Ser major de 18 anys.
 2. Si és dona no estar embarassada ni en període de lactància.
 3. Estat nutricional adequat.
 4. Prendre begudes aprovades per les autoritats sanitàries.
 5. No presentar embriaguesa atípica.
 6. Consum d'alcohol sense conseqüències negatives per un mateix ni per altres.
 7. No experimentar problemes familiars o laborals degut al consum d'alcohol.
 8. No dependre de l'alcohol per sentir-se més alegre o per poder-se comunicar més fàcilment.
 9. No patir patologies que empitjorin o es descompensin amb l'alcohol.
 10. No embriagar-se.

El consum problemàtic, en contraposició, esdevindria quan el bevedor ha patit o pateix algun problema relacionat amb l'alcohol com per exemple haver sofert un accident de trànsit per conduir ebri, o presentar complicacions mèdiques, familiars o conductuals.

Hasin i Beseler (2009) van realitzar un estudi als Estats Units entre 23,324 subjectes de 18 anys o més. D'aquests, un 39.4% va realitzar un ús d'alcohol perillós pel fet d'haver de conduir, utilitzar maquinària, etc., un 10.4% va incórrer en problemes legals després d'haver ingerit alcohol, un 15.6% va experimentar problemes socials o interpersonals, mentre que un 6.4% va realitzar actes negligents. Aquestes situacions són categoritzades pels autors com a abús.

- **Dependència** (veure punt 2.2.1.1.2.): Manifestacions fisiològiques, conductuals i cognitives arrel del consum repetit d'alcohol. Comporta un fort desig de consum (*craving*), dificultats per controlar-ne l'ús (es consumeix més quantitat de la desitjada, o durant més estona o bé es fracassa en els intents d'abandonament) i es persisteix en el consum tot i les conseqüències negatives. Implica una reducció o abandó de les activitats socials, laborals o d'oci per consumir o com a conseqüència del consum, un augment de la tolerància i l'aparició dels símptomes d'abstinència o bé consum per evitar els símptomes.

La recerca anteriorment presentada entre 23,324 joves nord-americans va posar de manifest, també, algunes conductes que conformen l'estatus de dependència, com són: tolerància (33.8%), síndrome d'abstinència (23.9%), desig persistent tot i intents de reduir el consum sense èxit (39.4%), increment del temps bevent o recuperant-se dels efectes (17.8%), deteriorament (33.5%), abandó d'activitats (5.1%) i problemes físics o psicològics (15.4%). En l'anàlisi detallat dels criteris presentats ja siguin per abús, dependència o *binge drinking* s'observa que el 32.9% de la mostra no compleix cap criteri, el 14.8% en mostra un, l'11.2% en compleix dos, el 9.3% tres, el 7.4% en presenta quatre, el 6% en narra cinc, el 4.6% en manifesta sis, el 3.7% en declara set, el 3% n'explica 8, el 2.4% en té 9, l'1.7% en mostra 10, l'1.7% en relata 11 i un 1.3% en compleix 12 (Hasin i Beseler, 2009).

- **Trastorn per alcohol:** Inclou la intoxicació aguda, el consum perjudicial, la dependència, la síndrome d'abstinència amb delirium, el trastorn psicòtic i la síndrome amnèsica.

A banda d'aquests termes, tal i com especifica l'OMS (1994) en el *Lexicon on Alcohol and Drug Terms* cal puntualitzar la utilització dels següents conceptes:

- **Abús.** Concepte àmpliament utilitzat amb diversos significats. Apareix al DSM-IV-TR (veure punt 2.2.1.1.1.) com un patró desadaptatiu de consum de substàncies que comporta un deteriorament o malestar clínicament significatiu, i és mantingut tot i els diversos problemes socials que genera. És a dir, és un terme molt pròxim a la dependència. La denominació d'abús s'utilitza freqüentment també per referir-se al consum. La CIE-10 no recull aquesta categoria i la faria equivalent als termes **consum de risc** o **consum perjudicial** si existeixen ja danys associats, apel·latius amb els que també estaria d'acord en substituir l'abús el darrer document elaborat pel Ministerio de Sanidad de Consumo (2008b) arrel de la *1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*.
- **Addicció.** Concepte equivalent, i segons l'OMS (1994) recomanable de substituir, pel de **dependència**.
- **Alcoholisme.** S'utilitza habitualment per referir-se al consum crònic i continuat o al consum periòdic d'alcohol que es caracteritza per un deteriorament del control sobre la beguda, episodis freqüents d'intoxicació i obsessió per l'alcohol i el seu consum tot i les conseqüències adverses que se'n deriven. Va ser utilitzat originalment al 1849 per Magnus Huss i fins el 1940 únicament es referia a les conseqüències físiques del consum massiu. Posteriorment va entrar en vigor una nova concepció de l'alcoholisme, com a una malaltia que contemplava la pèrdua de control sobre la beguda causada per una alteració biològica. Més endavant Jellinek i altres autors van utilitzar aquest terme per a denominar el consum d'alcohol responsable de danys físics, psicològics i socials. Amb motiu de l'ambigüitat d'aquest mot, l'any 1979 l'OMS va decidir desaprovar aquesta terminologia per a reemplaçar-la per la **síndrome de dependència**.

- **Alcoholització.** Consum freqüent de quantitats de begudes alcohòliques per mantenir una concentració elevada d'alcohol en sang. També es defineix com el procés d'augmentar la freqüència del consum d'alcohol. N'és sinònim el mot *consum inveterat*.
- **Consum excessiu.** Concepte desaconsellat d'utilitzar per a referir-se a un consum que excedeix els límits d'un consum moderat. En algunes ocasions s'ha utilitzat el concepte de consum excessiu diferenciant-ne dues accepcions: episòdic (equivalent a la **intoxicació etílica** o a un episodi de **binge drinking**) i habitual (avui dia correspondria a un **consum de risc**).
- **Consum experimental.** Les primeres vegades en què es tasta l'alcohol, o bé un consum extremadament infreqüent o inconsistent.
- **Consum moderat.** Aquest és un terme inexacte pel fet que s'entén en contraposició del consum abusiu i denota un consum de quantitats moderades que no causa problemes, essent més idoni el concepte de **consum de baix risc**. Consum de baix risc també seria la denominació idònia en contraposició als sovint utilitzats: consum prudent o responsable.
- **Consum social. Beure en companyia** seria un element més ajustat al significat real ja que el consum social pot donar equívocs per l'atribució d'un consum moderat, quan no sempre és així atès que es poden assolir estats d'intoxicació consumint alcohol en celebracions, festes i per tant en companyia.

Annex 2. Qüestionari administrat a la fase I de la investigació.



Tens a les mans un segon qüestionari sobre **DROGUES**. Ens **INTERESSA MOLT** saber què en penses sobre aquest tema.

ET GARANTIM QUE EN CAP CAS NINGÚ SABRÀ QUÈ HAS CONTESTAT. Per tant, **CONCENTRA'T** i contesta amb **SINCERITAT**.



LA TEVA SINCERITAT ÉS MOLT IMPORTANT!!!

MOLTES GRÀCIES PER LA TEVA COL·LABORACIÓ!!!



4 ÚLTIMES XIFRES DEL MÒBIL:.....

SEXE: Home
 Dona

EDAT:

FACULTAT:.....

1. Segons el teu parer, quin **grau de perillositat** té el consum de les següents drogues? Fes una creu a la casella que correspongui.

	Molt perillós	Bastant perillós	Perillositat mitjana	Poc perillós	Gens perillós
Tabac					
Alcohol					
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)					
Cocaïna					
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)					



2. Potser has provat alguna d'aquestes substàncies. A continuació et suggerim diferents **opcions de consum**, anota al costat de cada substància el número que correspongui.

Opcions de consum:

1. No ho he provat mai i no tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
2. No ho he provat mai, però tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
3. No ho he provat mai, però tinc intenció de consumir en els propers 30 dies.
4. Ho he provat i no tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
5. Ho he provat i tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
6. Ho he provat i tinc intenció de consumir en els propers 30 dies.
7. En consumeixo, però no cada dia.
8. En consumeixo cada dia des de fa menys de 6 mesos.
9. En consumeixo cada dia des de fa més de 6 mesos.
10. En consumia però ho he deixat des de fa menys de 6 mesos.
11. En consumia però ho he deixat fa 6 mesos o més.

	NÚMERO D'OPCIÓ DE CONSUM
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)	

3. En cas que el número d'opció de consum que has triat per a alguna de les substàncies anteriors sigui 7, 8 ó 9. Ens interessa saber **quina quantitat** vas prendre el **darrer dia de consum**.

TABAC:

- de 1 a 5 cigarretes
- de 6 a 10 cigarretes
- més de 10 cigarretes

ALCOHOL:

- copa de vi o cava (quina quantitat?.....)
- cerveses (quina quantitat?.....)
- xarrups ("xupitos") (quina quantitat?.....)
- copa de conyac o licors (quina quantitat?.....)
- combinats ("cubates") (quina quantitat?.....)

CÀNNABIS (haixix, marihuana, porros):

- de 1 a 5 porros
- de 6 a 10 porros
- més de 10 porros

Quan consumeixo cànnabis (haixix, marihuana, porros) la majoria de les vegades...

- els consumeixo jo sol
- els comparteixo

**COCAÏNA:**

Nº de "ratlles"

DROGUES DE DISSENY (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper):

Quina o quines drogues?

Nº de dosis

ALTRES DROGUES: Anota el nom i la quantitat que vas prendre el darrer dia de consum.

.....

4. Quina **edat** tenies quan vas provar per **primera vegada** les substàncies següents?

En cas que no les hagi provat deixa la casella en blanc.

Potser has consumit alguna altra droga que no s'inclou, anota el nom i diga'ns a quina edat la vas provar.

	EDAT PRIMER CONSUM
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
<i>Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)</i>	

5. És possible que actualment consumeixis de forma regular (opcions de consum 7, 8 ó 9) algun tipus de substància.En aquest ocasió ens interessa saber quina **edat** tenies quan vas **començar a consumir de forma regular**.

	EDAT DE CONSUM REGULAR
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
<i>Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)</i>	



6. Sovint, **la primera vegada** que provem alguna substància ens trobem acompanyats d'altres persones. En cas que hagi provat alguna de les següents drogues, o d'altres (anota-les), **amb qui estaves?**

Fes una creu a la casella que correspongui.

	Estava sol	Estava amb amics	Estava amb familiars	Estava amb altra gent (amb qui?)
Tabac			
Alcohol			
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)			
Cocaïna			
<i>Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)</i>			

7. A continuació ens agradarà saber si el teu **millor amic** pren alguna substància. El procediment és el mateix que el de la pregunta 2, et recordem les **opcions de consum**.

Opcions de consum:

1. No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
2. No ho ha provat mai, però té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
3. No ho ha provat mai, però té intenció de consumir en els propers 30 dies.
4. Ho ha provat i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
5. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
6. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies.
7. En consumeix, però no cada dia.
8. En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos.
9. En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos.
10. En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos.
11. En consumia però ho ha deixat fa 6 mesos o més.

	NÚMERO D'OPCIÓ DE CONSUM DEL TEU MILLOR AMIC
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)	



10. Coneixes alguna persona que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues?

- Sí. Quina droga consumia?.....
Quina malaltia o problema va patir?.....
Quina relació tenia amb tu?.....
- No.

11. Tan si en consumeixes com si no, a continuació et presentem un seguit de situacions en què et pots trobar **temptat** a consumir alguna droga.

Encercla el número corresponent, tenint en compte que:

1= No em sento gens temptat.
5= Em sento extremadament temptat.

Em sento temptat a consumir...	Tabac	Alcohol	Cànnabis	Cocaïna	Drogues de disseny
Quan estic parlant i relaxat.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan estic passant una bona estona.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan estic amb algú de la família que està consumint aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan em sento molt ansiós i estressat.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan les coses no surten com vull i em sento frustrat.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan necessito alguna cosa per superar un dia difícil.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan discuteixo amb la meva família.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan vull formar part del grup.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan estic de festa amb els amics.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan m'incomoda no consumir aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan vull saber quin gust té aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan vull saber quina sensació dóna consumir aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



12. A continuació et presentem possibles **beneficis i perjudicis del consum de drogues**. Què n'opines?

Encercla el número corresponent tenint en compte que:

1= Molt en desacord.
5= Molt d'acord.

Consumir...	Tabac	Alcohol	Cànnabis	Cocaïna	Drogues de disseny
Fa que les persones siguin més respectats pels altres.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fa que les persones tinguin més amics.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ajuda a la gent a afrontar millor les seves frustracions.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
És agradable.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Redueix la tensió.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fa que les persones tinguin més cites.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dóna mala olor.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pot afectar la salut dels altres.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
És perillós per la pròpia salut.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Molesta als demés.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
És un hàbit brut.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Engrogeix les dents.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Provoca vòmits.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Provoca tics.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Annex 3. Principals resultats de la fase I facilitats als participants de la fase II.

PATRONS DE CONSUM D'ALCOHOL ENTRE ESTUDIANTS UNIVERSITARIS.

La mostra està formada per 2,137 estudiants de primer cicle de la Universitat de Girona matriculats a les facultats de Ciències, Educació i Psicologia, Escola d'Infermeria i Escola Politècnica Superior, durant els cursos acadèmics (2006/2007 i 2007/2008).

Principals resultats:

- Un **64.9%** d'estudiants es declaren **consumidors** actuals de la substància, un **30%** l'han **provat** però no es consideren consumidors, un **4% mai han provat** l'alcohol, i un **1.1%** de la mostra ha **abandonat el consum** d'aquesta substància.
 - La **intencionalitat** de consum és major entre aquells que **han provat l'alcohol** en alguna ocasió però que no en consumeixen habitualment (**78.8% i 76.6%** en nois i noies respectivament), mentre que la majoria dels que mai han provat l'alcohol manifesten la voluntat de continuar sense tastar-lo (84.1% dels nois i 90% de les noies)
 - La mitjana d'edat **d'inici al consum** en la recerca que hem portat a terme es troba als: **14.66 anys** ($DT = 1.86$).
 - Els resultats mostren que poques persones prenen alcohol **entre setmana** (**4.5%** i d'entre els que ho fan la majoria són nois: 80.6% nois vs. 19.4% noies), el 94.5% restant pren alcohol el cap de setmana.
 - En l'estudi apareix un **major** nombre de **nois consumidors** (**71%** nois vs. 59.5% noies).
 - La mitjana de consum detectada en l'estudi és de **7 UBE** ($DT = 5.36$) (1 UBE equival a 1 cervesa mentre que a un combinat/cubata li corresponen 2). El valor màxim detectat són 35 UBE i el mínim 1.
- Existeix **major magnitud** de consum entre els nois (mitjana: M (nois) = **7.95**, $DT = 6.1$; M (noies) = 5.96, $DT = 4.21$).
- El **69%** dels joves van fer un consum **risc** per a la salut el darrer dia que van prendre alcohol, de forma més clara entre les noies (**75.5% noies** vs. 62.9% nois).
 - Els universitaris **consumidors** acostumen a tenir com a **millor amic** algú que també **consumeix** alcohol habitualment (86.8%), mentre que els no consumidors tenen millors amics amb el seu mateix estatus (73.1%). Aquest efecte es repeteix pel cas del pare, la mare i els germans.

- L'atribució a la **perillositat** del consum d'alcohol detectada a través de les respostes analitzades (1 = Gens perillós, 2 = Poc perillós, 3 = Perillositat mitjana, 4 = Bastant perillós i 5 = Molt perillós) és **mitjana** (mitjana de **3.28**).

Els que la consideren **menys perillosa** són: els **nois**, els **consumidors**, els que tenen **amics, mare o germans consumidors** i les persones de **més edat**.

- En l'estudi s'exploraven les expectatives per **negar-se al consum** davant un **oferiment**, els resultats indiquen que la mitjana de negació al consum d'alcohol estant **sol** davant la persona que l'ofereix és de **7.37** ($DT = 3.17$), essent lleugerament inferior quan s'està acompanyat d'**amics** ($M = 7.28$, $DT = 3.19$).
- Les principals afectacions derivades del consum d'alcohol, aportades per les persones que van respondre el qüestionari són: **cirrosi 39%** i **coma etílic 30%**.