

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud
Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud

Tesis Doctoral

***Estudio de los consumidores de drogas:
perfiles sociodemográficos, patrones de
consumo, aspectos cognitivos y creencias.***

Autor: Raúl Ángel Gómez
Director: Dr. Luis Horacio Parodi

Córdoba, Argentina 2017

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE TESIS

Dr Luis Horacio Parodi
Dra Leticia Elizabeth Luque
Dr Jorge Aguirre

TRIBUNAL DE TESIS

Dr Carlos Daniel Mias
Dra Marta Isabel Crabay
Dr Jorge Aguirre

Artículo 43° del Reglamento de la Carrera de
Doctorado en Ciencias de la Salud.
"La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria
con las opiniones de esta Tesis".

A Ángel e Hilda donde quieran que estén.

Agradecimientos

Como en otros momentos de mi vida, de la imprecisa cita borgeana se nutre este protocolo apartado: “*Sólo podemos dar lo que ya es del otro*”. Agradecer puede ser un modo grato y sensible de recordar. Yo elijo recordar a todo/as lo/as que me han apoyado, en especial a mi familia, mis compañeras y compañeros de la facultad, de la ciencia y de la militancia, mis hermano/as de ideas y de luchas.

Parfraseando a otro poeta quiero decir que párrafo aparte merecen: “*los perseguidores de cualquier nacimiento... los delimitadores de las primaveras*”. Ellos también, con sus actos me han impulsado hasta aquí.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | Página8 |
| INTRODUCCIÓN | Página10 |
| Los nuevos patrones de consumo en los jóvenes. | Página12 |
| Los aspectos cognitivos de las conductas de consumo de sustancias. ___ | Página24 |
| OBJETIVOS | Página34 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | Página35 |
| Primera Fase. | Página35 |
| Segunda Fase. | Página36 |
| Análisis de datos. | Página42 |
| Cuestiones Éticas. | Página45 |
| RESULTADOS | Página46 |
| Fase uno. | Página46 |
| Fase dos. | Página43 |
| DISCUSIÓN | Página71 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | Página86 |
| ANEXOS | Página100 |

RESUMEN

El objetivo fue estudiar los patrones de consumo de las sustancias psicoactivas, los perfiles sociodemográficos de los consumidores y el rol de las creencias en el consumo problemático de sustancias. Se realizó un estudio en dos fases. En la primera fase se utilizó una fuente secundaria de datos con el objetivo de establecer las características del consumo y de los consumidores. En la segunda fase se diseñó un estudio de campo con el objetivo de evaluar los factores cognitivos asociados a ciertos tipos de consumo. Los datos fueron procesados y analizados de manera descriptiva e inferencial utilizando un paquete estadístico específico de las ciencias sociales (SPSS). Los resultados obtenidos en ambas fases de la investigación indican que el policonsumo es una característica común en nuestra época y aparece como un rasgo epidemiológico concluyente de los consumidores actuales. En el mismo sentido la proporción encontrada de Consumidores Intensivos de Alcohol es similar a la de investigaciones llevadas a cabo con poblaciones similares. El análisis de los resultados aporta fuerte evidencia de que es posible establecer, con base empírica, la relación entre las creencias, los patrones consumo y los perfiles sociodemográficos en los jóvenes de 18 a 30 años, reafirmando la utilidad del concepto de Creencias Adictivas para analizar los determinantes cognitivos asociados a la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol en particular y en consumo de sustancias en general, caracterizado actualmente por el patrón de policonsumo.

Palabras Clave

Consumo Intensivo de Alcohol - Policonsumo - Creencias - Jóvenes

SUMMARY

The objective was to study the patterns of consumption of psychoactive substances, the sociodemographic profiles of consumers and the role of beliefs in problem substance use. A two-stage study was conducted. In the first phase, a secondary source of data was used to establish the characteristics of consumption and of consumers. In the second phase, a field study was designed with the objective of evaluating the cognitive factors associated with certain types of consumption. Data were processed and analyzed in a descriptive and inferential manner using a specific statistical package of the social sciences (SPSS). The results obtained in both phases of the investigation indicate that polydrug use is a common feature in our time and appears as a conclusive epidemiological trait of current consumers. In the same sense the proportion of Intensive Alcohol Consumers found is similar to that of research carried out with similar populations. The analysis of the results provides strong evidence that it is possible to establish, on an empirical basis, the relationship between beliefs, consumption patterns and sociodemographic profiles in young people aged 18 to 30 years, reaffirming the usefulness of the concept of addictive beliefs to analyze The cognitive determinants associated with the behavior of Intensive Alcohol Consumption in particular and substance use in general, currently characterized by the pattern of polydrug use.

Keywords

Intensive Consumption of Alcohol - Polydrug - Beliefs – Young people_

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo pasado se produce un incremento del uso de drogas asistiendo a problemas derivados y generados principalmente por el abuso de bebidas alcohólicas, tabaco y medicamentos. En el nuevo siglo con la aparición y extensión de nuevas sustancias (derivados del cannabis, la coca y los opiáceos básicamente) aparecen los cambios en las modalidades del uso de drogas tradicionales dando como resultado la necesidad de repensar la concepción de los problemas en torno al consumo (Ferrer et al, 1991, de Fonseca, 2006; Palamar et al, 2015).

De esta manera, las concepciones y discursos que se desarrollan en torno a las drogas no sólo dependen de los efectos biológicos de la sustancia sobre el cuerpo del consumidor, sino también de la legalización o no de la droga, su difusión, sus patrones de usos y la significación social (de Fonseca, 2006). El consumo de sustancia concebido como problema aparece como resultado de un largo proceso social “que remite más a la percepción que se tiene del problema, que a los datos objetivos de la realidad” (Slapak & Grigoravicius, 2006. p. 244).

Hasta hace poco tiempo los enfoques y desarrollos en relación al uso problemático de drogas estaban hegemonizados por una perspectiva reduccionista del fenómeno desde lo que podríamos llamar un paradigma simplista (Slapak & Grigoravicius, 2006;Gómez, 2007). Estos desarrollos, frecuentemente, se centraban en la información sobre las drogas, dando particular preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos, reduciendo el problema a los efectos – sobre todo nocivos- que las sustancias producen sobre el organismo (Pantoja et al, 2010).

La perspectiva tradicional y hegemónica aquí descrita implica un centramiento en el “objeto” droga, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, del “sujeto” que establece una relación problemática con la sustancia. La consecuencia lógica de este modelo es que imposibilita interrogar

sobre los nuevos fenómenos, las intervenciones, los dispositivos asistenciales, las políticas preventivas sobre el consumo problemático de drogas y su eficacia; generando, adicionalmente, un reforzamiento de los estereotipos que aún impregnan las prácticas preventivas, asistenciales y de formación de recursos humanos en la temática (Gómez, 2007, Nowlis, 1975; Tokatlian, 2010).

En la sociedad actual es posible encontrar dos tipos de discursos: “discurso de la droga” que proviene de los propios consumidores, opiniones, creencias y deseos, y el “discurso sobre las drogas” que surge de los mecanismos médicos, jurídicos y políticos; este último aparece legitimado dentro del imaginario colectivo debido a las fuerzas institucionales y los medios de comunicación masiva que lo respaldan y creen dar “soluciones” al problema de la drogodependencia (Ibáñez, 1992, citado en Sánchez, 2005).

Las variaciones de los usos de drogas a lo largo de la historia dan cuenta de que no se puede reducir esta problemática a los efectos biológicos de la sustancia sobre el cuerpo del consumidor, delimitándose las explicaciones sólo a la relación sustancia-sujeto, sino que requiere contemplar y analizar la diversidad de factores que intervienen. Se hace necesario un abordaje que introduzca diversas variables, como las diferencias entre los individuos, los grupos, las culturas y las condiciones materiales de existencia. Por ser estas diferencias las que dan las características particulares al consumo en determinados sectores, de acuerdo a la sustancia que se consume, las posibilidades de acceso, la percepción de riesgo y las expectativas sobre los efectos del consumo. De esta manera este fenómeno tiene que ser pensado en relación a las nuevas realidades y articulado a un contexto económico y político particular, es decir, en torno a una dominante cultural (Malacarí, 2012 en Gómez y Calabrese, 2012).

Si bien las drogas adquieren un gran protagonismo en este escenario, no son exclusivas de esta época, en los últimos tiempos se ha mantenido el consumo de drogas que vienen utilizándose desde hace más de cuarenta años, lo que se ha

producido es una variación en su modo de consumo (Molina Mansilla, 2008). Estas diferencias y transformaciones, tienen que ver más con la adjudicación de significaciones sociales y determinantes contextuales (políticas, económicas y sociales), que con las propiedades en sí de la sustancia. Ésto se patentiza en la definición misma de droga, restringida a ciertos productos, no apoyada tanto en la toxicidad de los mismos sino de las significaciones adjudicadas por una cultura particular (Malacarí, 2012 en Gómez y Calabrese, 2012; McHugh et al, 2015).

Se vive en una época en donde el consumo (en el sentido amplio) se convierte en el motor principal de nuestra vida, aparece como organizador y regulador social, sentando las bases para una cultura adictógena, que no se limita a lo que tradicionalmente se denomina droga (Gómez y Calabrese, 2012; del Castillo, 2012; Noriega et al, 2015).

En los últimos años algunas investigaciones han puesto énfasis en conceptualizar la problemática de la drogodependencia a partir de la caracterización y tipificación de la población que consulta a programas de asistencia y/o rehabilitación de adictos (OAD, 2010), constituyendo diseños exploratorios que recogen información orientada hacia una posterior construcción de un Perfil Epidemiológico Diferencial (OAD, 2010).

Este trabajo de tesis doctoral pretende lograr una aproximación desde la relación entre los patrones de uso de drogas, los perfiles sociodemográficos y los aspectos cognitivos asociados, centrado en las diversas “nuevas formas de consumo,” tales como el atracón de alcohol (*Binge Drinking*) o Consumo intensivo de alcohol y el fenómeno de policonsumo.

Los nuevos patrones de consumo en los jóvenes

El policonsumo

El patrón de consumo se refiere a las pautas o formas de uso de drogas y alcohol, incluyendo la cantidad, los ciclos y frecuencias de consumo, la asociación de la

conducta con las motivaciones subyacentes, los contextos de consumo, los tipos de drogas empleadas y sus combinaciones. Incluye también las vías de administración de las sustancias (inhalar o esnifar, inyectar, fumar). Conocer los patrones de consumo de los diversos grupos o poblaciones suele ser el objetivo prioritario de los abordajes de investigación que pretenden generar insumos que sustenten las intervenciones psicosociales tanto en prevención como asistencia (Becoña Iglesias, 2002; Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2016). Así se puede referir a un patrón de consumo como las características del modo o forma con que un sujeto mantiene el consumo o uso de un determinado tipo de drogas y el orden consecutivo de las diferentes sustancias consumidas desde su inicio. Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de cualquier sustancia psicoactiva como “adicto” y/o “dependiente” sin embargo hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos (Gómez y Calabrese, 2012).

Los usos aprobados de las sustancias psicoactivas se han definido siempre en el marco de cada cultura, y en consecuencia, difieren de una cultura a otra y tienden a cambiar a lo largo del tiempo. Cuando una droga se utiliza de una forma que difiere del uso aprobado por una cultura, se habla de abuso. De esta manera, los conceptos de uso y abuso de drogas están definidos por una cultura determinada en un momento histórico determinado, y no por un mecanismo psicofarmacológico (Stahl, 2002; Gómez y Calabrese, 2012).

Cabe destacar que, si bien para definir las nuevas formas de consumo se habla de jóvenes, esto no implica que sean los únicos consumidores, sino que por las características de este período, la centralidad del tiempo libre y las significaciones actuales en torno a la diversión, aparecen como el grupo etéreo en el que se centralizan los imperativos sociales, los roles de género socialmente asignados y las ofertas que el mercado lanza para el consumo (Sanchez Pardo, 2006; 2008). Becoña Iglesias (2002) caracterizaba a la generación de adolescentes del nuevo milenio, como la “generación X”, en los cuales aparece una visión negativa hacia

el futuro, baja autoeficacia escolar y poca expectativa laboral dificultando la autonomía y autoidentificación personal. En lo que se refiere al consumo de drogas, se practican conductas de riesgo que ellos ignoran o infraestiman. Los episodios de consumo excesivo se asocian repetidamente con actividades como: accidentes, cuadro de intoxicaciones, peleas, problemas psicosociales, y con lagunas de memoria (de Fonseca et al, 2006; Molina Mansilla, 2008; Medina-Mora et al, 1994).

Arizaga (2009) asocia el consumo de alcohol con la cultura bolichera, ésta imprime una lógica particular al consumo de esta sustancia. Para lograr el efecto potenciador el alcohol se combina ya sea con diversos tipos de bebidas, o bien con energizante o pastillas (aspirinas, analgésicos, psicotrópicos). Las pastillas, sobre todo en sectores más bajos, suelen asociarse a medicamentos del botiquín de alguna casa y se mezclan para conseguir efectos más intensos. Esto las diferencia de las drogas de síntesis, que si bien aparecen en boliches de clase media (de música latina y reggaeton) o en bailantas de sectores populares (cumbia), éstas se asocian a una cultura diferente: la fiesta de música electrónica. Como sea, el boliche se asocia principalmente al alcohol y al policonsumo, a la idea de mezclar “lo que venga”, el ejemplo paradigmático de esta idea de “lo que venga” es la “jarra loca” (Del Zotto et al, 2010).

Diferentes estudios han mostrado que el policonsumo de drogas en las fiestas electrónicas es superior al que se encuentra en otros contextos recreativos (p.e. Adlaf y Smart, 1997; Barrett et al, 2005; Gross et al, 2002; Tossmann et al, 2001), especialmente en las *raves underground* (Fernández-Calderón et al, 2011). Fundamentalmente se consumen drogas de tipo estimulante y/o alucinógeno (Chakraborty et al, 2011) entre las que se encuentran la MDMA (éxtasis), speed, ketamina, LSD y GHB (Palamar et al, 2016).

El policonsumo es una característica común en nuestra época. Existe la tendencia de consumir varias sustancias simultáneamente; el alcohol adquiere importancia

en el policonsumo recreativo, combinándose con otras sustancias como el cannabis, nicotina, cocaína, drogas de diseño (OAD, 2012). Generalmente el alcohol es la sustancia elegida para comenzar la noche, a la cual se le añaden otras, para terminar con el consumo de pastillas para dormir y tranquilizantes; esto cumple una función más bien a posteriori, cuando los jóvenes tienen necesidad de parar y amortiguar los efectos de sustancias estimulantes. Estos nuevos patrones rompen con el mito de los consumidores de una sola sustancia (Calafat et al, 1999; Kam et al, 2009; McMillan y Conner, 2003).

En los reportes epidemiológicos más recientes (OAD; 2012; 2013; 2014) se señala que esta modalidad de policonsumo es la característica más prevalente tanto en aquellos consumos categorizados y/o diagnosticados como problemáticos, relevados en los centros de tratamientos, como en los consumos habituales evaluados en los jóvenes en general mediante diversos tipos registros (OAD, 2010; 2013, 2014; Kam et al, 2009).

Las encuestas realizadas entre la población general confirman que el consumo de drogas se asocia a ciertos estilos de vida, mientras que los estudios específicos (a población con consumos problemáticos) han revelado unos niveles de consumo de drogas relativamente elevados en entornos nocturnos (OAD, 2010).

Los pacientes que inician un tratamiento de drogodependencia pueden constituir un reflejo de los perfiles y las tendencias de la población general de consumidores problemáticos de drogas. El análisis de los datos sobre pacientes que iniciaron tratamiento reveló que más de la mitad de los mismos afirmó haber tenido problemas con al menos dos sustancias. Los estudios llevados a cabo en otros entornos confirman la elevada prevalencia del policonsumo entre los consumidores problemáticos de drogas (OAD, 2011).

El alcohol está presente en casi todos los repertorios de policonsumo de drogas. Suele tratarse de la primer droga de fuertes efectos psicoactivos y psicotrópicos

consumida por los jóvenes y su disponibilidad generalizada la convierte en el elemento básico de las combinaciones de sustancias entre adultos jóvenes, sobre todo en entornos recreativos, así como entre consumidores de drogas intensivos, dependientes y en fase de recuperación (OAD, 2010; 2013).

Los últimos estudios sobre población escolar de enseñanza media muestran que, en términos generales, los consumos de sustancias psicoactivas se centran principalmente en el alcohol, luego bebidas energizantes y en menor medida tabaco y marihuana, tanto para el consumo alguna vez en la vida como durante el último año y el último mes. Si se considera un periodo de cinco años (2009-2014), se observa, por un lado un descenso sostenido del consumo de tabaco, y por otro lado un incremento en el consumo de marihuana, tanto en el consumo de vida, año y mes. Las prevalencias de consumo de alcohol no han mostrado cambios significativos, sus valores son estables a lo largo del quinquenio (OAD, 2014).

La Previa y el Consumo Intensivo de Alcohol o atracón (Binge Drinking)

En los últimos años la prensa argentina ha publicado innumerables noticias reflejando las múltiples consecuencias derivadas del patrón del consumo abusivo de alcohol que realizan los jóvenes. Este consumo abusivo se da en la práctica denominada “La Previa”, muy similar a lo que en España se denomina “El botellón” (Malacarí, 2012 en Gómez y Calabrese, 2012).

En España, el botellón es la concentración intermitente de jóvenes en espacios abiertos con el objetivo principal de consumir alcohol, tras adquirir previamente la bebida en establecimientos. Pero esta situación que se consideraba propiamente española parece estar presente en otros países. Es el caso de La Previa Argentina, en la que se sigue un procedimiento similar al del botellón, pero realizándose en recintos cerrados, generalmente domicilios (Gómez, Calabrese, 2012; Del Zotto et al, 2010).

La Previa significa, desde la jerga juvenil, juntarse en algún hogar o sitio y allí ingerir cualquier tipo de bebida alcohólica mientras se hace tiempo, para ir o no, dependiendo del estado de alcoholemia, al boliche bailable (Del Zotto et al, 2010).

El patrón de consumo de alcohol que realizan actualmente los jóvenes y adolescentes, se caracteriza por ingerir cantidades elevadas, durante unas pocas horas y algunos días a la semana -*Binge drinking*, consumo concentrado, consumo en atracón-, es una realidad que comparten muchos países, entre los que se incluye España y Argentina (Anderson y Baumberg, 2006; Comisión Clínica 2007; Del Zotto et al, 2010; Special Eurobarometer 272b/ Wave 66.2-CE, 2007; WHO, 2007; Kelly et al, 2013).

Son múltiples las definiciones que en estos momentos se manejan sobre *Binge drinking* (Cortés et al, 2010; Courtney y Polish, 2009; Lange y Voas, 2001; McAlaney y McMahon, 2006; Wechsler et al, 1994). Una de las soluciones propuestas para superar esta variabilidad es la apoyada por Brick (2006) o Selin (2003), quienes abogan por expresar todas las consumiciones directamente en términos de gramos de alcohol. De este modo se solucionarían los problemas generados tanto por la variabilidad en la cantidad que supone una Unidad de Bebida Estándar (UBE), como por la derivada del tipo de bebida consumida (fermentada o destilada). Sin embargo, aunque quedase clarificada la cantidad de alcohol (gramos) que marcase el umbral de lo que entiende por *Binge Drinking*, no supondría lo mismo consumirlo a lo largo de todo un día y como acompañamiento en las comidas, que hacerlo durante unas horas y con el estómago vacío (IAS, 2007; Perkins et al, 2001). De este modo, un segundo aspecto que también ha generado discusión ha sido la concreción de lo que se entiende por una única ocasión de consumo o por bebidas seguidas.

Este problema se ha tratado de superar de dos maneras. En primer lugar, acotando objetivamente este período de consumo. Una de las propuestas que más consenso alcanza es delimitar la duración de estos episodios entre 4 y 6

horas. No obstante, cada vez se le da mayor apoyo empírico a limitarlo a 2-3 horas, teniendo en cuenta variables como el ritmo de ingesta y metabolización del alcohol (Courtney y Polish, 2009; Hingson, 2004; McAlaney y McMahon, 2006; NIAAA, 2004).

Precisamente de la consideración de estos dos últimos aspectos surge la segunda propuesta. Ésta combina la cantidad consumida con la velocidad de ingesta, señalando como unidad de consenso el nivel de alcoholemia alcanzado. El principal planteamiento en este sentido lo realizó el National Institute for Alcohol Abuse (NIAAA, 2004). Para este organismo, el *Binge Drinking* implica un patrón de consumo que eleva este nivel de alcoholemia al menos hasta los 0,8 gr/l. Para alcanzar este nivel una persona adulta debería consumir la cantidad indicada por Wechsler et al (1995) en un período no superior a las 2 horas. El nivel de alcoholemia seleccionado es justificado por el NIAAA en base a la equiparación que realizó Schuckit (2000) de los niveles entre 0,8 gr/l y 1,5 g/l con los síntomas de ataxia, juicio empobrecido, problemas en mantener la línea de pensamiento y labilidad en el estado de ánimo. En este sentido, este nivel de deterioro incrementaría el riesgo a un nivel inaceptable tanto para el bebedor como para las personas que le rodean (Gill et al, 2009; Borsari y Carey, 2000; Borsari et al, 2001; Marlatt et al, 1998; Wechsler et al, 2000; Wechsler y Nelson, 2001).

Sin embargo, esta definición basada en el nivel de alcoholemia también ha sido criticada. El mayor problema que se le señala es no considerar factores adicionales generales que pueden influir sobre el mismo, como las variaciones individuales en la tolerancia del alcohol, el sexo, el peso, los niveles de grasa corporal, la ingesta previa de alimentos, etc. (Engineer et al, 2003; Hammersley y Ditton, 2005; Lange y Voas, 2001; Midinak, 1999; Murgraff et al, 1999; Wright, 2006).

La influencia de estos factores puede ser especialmente importante al comparar el volumen de distribución para una dosis de alcohol por ejemplo entre dos varones,

un adolescente de 14 años y un adulto de 25 años. Utilizando los algoritmos propuestos por Watson et al (1981), es posible calcular que el volumen de distribución en un adolescente es un 77% respecto del adulto. De este modo, el nivel de alcoholemia resultante para una misma dosis de alcohol puede ser proporcionalmente diferente.

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

En el presente trabajo utilizaremos en lugar de la expresión *Binge Drinking* el término Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) (Gómez et al, 2012). Ahora bien, el término CIA presenta una enorme complejidad debido a las diferentes variables que se requieren para delimitarlo (cantidad, duración, frecuencia, consecuencias). Esto ha provocado que continúe sin disponerse de una definición consensuada por todos los investigadores, con las dificultades de generalización que ello supone. Una de las que incluye mayor número de indicadores es la consensuada por un grupo de expertos en adicciones en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica celebrada en Madrid en 2007. Éstos llegaron a definir como CIA (o *Binge Drinking*) a ingesta de 40 gramos de alcohol, en caso de las mujeres, y 60 en el caso de los varones durante un período de tiempo de 4 a 6 horas, alcanzando una alcoholemia de 0,8g/l. Actualmente la mayor parte de la investigación limita el tiempo de ingesta a unas 2 horas (Hingson, 2004; NIAAA, 2004; McAlaney y McMahon, 2006) al tener en cuenta el ritmo de metabolización del alcohol y de ingesta, lo que permite ajustar todavía más la definición anterior, que es la que se asumirá en este trabajo.

De acuerdo a investigaciones anteriores este patrón de consumo intensivo de alcohol es más prevalente en el ritual juvenil denominado “La previa” (Del Zotto et al, 2010). La creencia de que “La previa” les facilita la realización de consumo intensivo muestra que este ritual juvenil, en nuestro país, es el ámbito más propicio para el desarrollo del patrón de consumo de alcohol en atracón o CIA (Del Zotto et al, 2010).

En la Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Nivel Medio de 13 a 17 años (OAD, 2011; 2014) se indica que, del total de entrevistados que declaran haber consumido durante el último mes, aproximadamente un 60% reconoce haber tomado cinco o más tragos en una misma ocasión en los últimos 15 días, siendo más frecuente esta ingesta entre los varones. En estos mismos datos puede constatarse que los lugares o situaciones donde se realiza el consumo intensivo varían de acuerdo a la edad (OAD, 2012).

No puede obviarse que esta forma de beber de manera intensiva lleva asociada diversas consecuencias para estos jóvenes, entre las que destacan, por ejemplo, la afectación de la maduración cerebral, la mayor predisposición a progresar en la adicción, los problemas de seguridad vial, la mayor presencia de situaciones agresivas y/o violentas o el incremento de prácticas sexuales de riesgo (Brown et al, 2000; Chassin et al, 2004; Spear, 2002; Tapert, 2007; Turrisi, 1999; Wechsler et al, 1994; Winters, 2004).

El atracón constituye el patrón de consumo característico entre los jóvenes como lo indican las investigaciones más recientes (Gómez et al, 2012; OAD, 2014), superándose con creces los niveles mínimos que definen lo que se considera un consumo en atracón, CIA o Binge Drinking (Gómez et al, 2012; Cortes et al, 2011). Además, también se confirma otra de las tendencias destacada en la última encuesta epidemiológica realizada en nuestro país con jóvenes entre 14 y 18 años (OAD, 2012; 2014) referida a la tendencia a la equiparación en las cantidades de alcohol que llegan a consumir chicos y chicas.

Ahora bien, a pesar de todo el desarrollo que existe a nivel internacional sobre la incidencia y repercusiones asociadas a este tipo de consumo juvenil (Morgenstern et al, 2016; Castro y Castro, 2015), son muy escasos los estudios cuantitativos publicados en Argentina (Del Zotto et al, 2010; Gómez et al, 2012). Este es el motivo fundamental por el que en estos momentos, a pesar de la alta prevalencia de este tipo de ingesta juvenil, no se disponga de información objetiva que permita fundamentar iniciativas oficiales destinadas a regular y reducir su incidencia.

Además, la investigación internacional ha identificado algunas carencias que es necesario atender para poder elaborar estrategias de intervención amplias que incidan con mayor precisión sobre esta conducta de consumo juvenil (Collins y Carey, 2007; Cortés et al, 2007, 2008; Durkin et al, 2005; Hassan y Shiu, 2007; Del Zotto et al, 2010; Huchting et al, 2008; Norman et al, 2007; Oei y Morawska, 2004). Concretamente, se insiste en la urgencia de evaluar los procesos cognitivos que se ponen en juego en esta modalidad de consumo.

El consumo en atracón o CIA se caracteriza por un uso abusivo de alta intensidad y baja frecuencia, generalmente de los fines de semanas. De esta manera los nuevos consumidores se alejan del estereotipo de alcohólico crónico, consumidor diario, ya que se establecen un patrón de consumo excesivo pero centrado generalmente en tiempos de ocio, dando lugar a nuevas problemáticas como los cuadros de intoxicación agudos (OAD, 2013). Por lo que se hace necesario poder diferenciar los distintos modos de uso (uso, abuso, dependencia) sobre todo en el periodo adolescente ya que es difícil que, en estos grupos, aparezca el síndrome de abstinencia o tolerancia, por lo que no se hace adecuado hablar de dependencia sino de un consumo problemático de alcohol (Gómez y Calabrese, 2012).

El total de alcohol puro consumido anualmente per cápita en Argentina (tomando el promedio de 2008 a 2010) es de 9,3 litros (OMS, 2014). Es menester señalar

que este dato supera al valor de la región latinoamericana – que promedia 8,4 litros per cápita consumidos anualmente-; y que el 48% de estas bebidas es vino, dada su condición de país productor vitivinícola (Rehm et al, 2004), seguido por la cerveza con un 41%. Es importante señalar la diferencia en los promedios de consumo anual per cápita entre varones (13,6 litros) y mujeres (5,2 litros).

Los consumos y la época

Si bien las drogas han estado presente en todas nuestras sociedades, sus significaciones y usos han variado a lo largo del tiempo, no dependiendo tanto de sus características farmacológicas sino de los discursos que se construyen en torno a éstas, de las relaciones de hegemonía-subalternidad que los conjuntos sociales y sujetos hacen sobre ellas, y no sólo de lo que las drogas hacen con los sujetos (Romaní, 2000 citado en Arrellano González et al, 2003).

Si tomamos los primeros años del siglo XXI como una “época caracterizada por multiplicidad de cambios sociales, políticos, económicos, tecnológicos y culturales”, nos encontramos con el concepto de postmodernidad como definición del periodo histórico (Lyotard, 1993). De esta manera si las nuevas formas de consumo se analizan a la luz de un contexto particular como es el posmodernismo, vemos que las concepciones como el concepto monolítico de droga no diferencia entre:

(...) los distintos patrones de consumo, tipos de consumidores, sustancias, además de no incluir criterios diferenciales respecto del daño, la dependencia o la razón por la cual se consume. (...) se asume al consumidor como un generador de daño, que altera la convivencia social y familiar (Romaní 2003 citado en Arellano et al, 2009 p. 2).

Esta concepción que asocia directamente el consumo de sustancia con el estereotipo del consumidor como delincuente o desviado, parece no poder

responder o poder explicar las nuevas formas de consumo (Gómez y Calabrese, 2012).

Bauman (2012) define el consumismo como un atributo central de la sociedad actual, conformada por individuos cuya capacidad de querer, desear o anhelar ha sido separada o "alienada" de ellos mismos. A su vez, esa capacidad se convierte en la principal fuerza que pone en movimiento a toda la sociedad de consumidores. En el consumismo, el consumo ha desplazado al trabajo como principal actividad generadora de la sociedad.

Frente a una cultura consumista, y en donde intervienen factores económicos y políticos, las drogas se presentan como un objeto más de consumo que el mercado lanza y promociona, naturalizando su uso y disminuyendo la percepción de riesgo, las drogas como medio capaz para alcanzar las exigencias y los imperativos que la sociedad impone; en tanto a lo que se refiere a la diversión (drogas recreativas), a alcanzar una mejor performance en el trabajo, sexo, deporte etc. (drogas para el estilo de vida o de performance) o estados que se buscan en el "salir de marcha"; por ejemplo estado de embriaguez mediante los fenómenos como la previa o el policonsumo (Gómez, 2013; Camarotti & Kornblit, 2015).

La perspectiva tradicional y hegemónica implica un centramiento en el "objeto" droga, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, del "sujeto" que establece una relación problemática con la sustancia (Gómez y Calabrese, 2012; Camarotti & Kornblit, 2015).

Las intervenciones y prácticas derivadas de las concepciones simplistas y hegemónicas tradicionales han carecido de eficacia en el abordaje de los problemas (personales y sociales) derivados del consumo de las drogas. Sin embargo han sido muy eficaces como discurso contribuyendo a cristalizar una serie de percepciones acerca de las sustancias y sus consumidores, percepciones

que en los discursos sociales, sobre las drogas y sus usuarios, se encuentran fuertemente arraigadas (Slapak & Grigoravicius, 2006).

La emergencia de estos problemas de “la época” reafirma aún más, la necesidad de nuevos modelos explicativos, ya que existen fenómenos que no pueden ser entendidos ni definidos bajo los discursos tradicionales que intentan explicar el consumo, por ejemplo; como respuesta a la búsqueda de evasión de la realidad, como una forma de protesta frente a modelos dominantes o desviación a la norma, sino que por el contrario, aparecen nuevos usos/abusos de sustancias como una posible estrategia del sujeto que le permitiría estar a la altura de los imperativos que la sociedad capitalista impone, exigencias en torno a las nuevas formas de identidad, mayor rendimiento, mejor performance, alargue de la diversión. Frente a estos imperativos el consumo deja de ser pensado como una desviación, sino que mediante éste se buscaría un enganche, un estar a la altura de los modelos que la sociedad capitalista propone (Gómez, 2013; Camarotti & Kornblit, 2015).

Los aspectos cognitivos de las conductas de consumo de sustancias

Las personas difieren en el uso que hacen de las drogas y el alcohol. Algunas personas nunca experimentan con ellas. De aquellas que la usan, algunas dejan de utilizarlas luego de algunas experiencias y no vuelven usarlas de nuevo. Otras continúan utilizándolas de forma irregular o pueden convertirse en usuarios regulares y recurrentes. Por último, algunos desarrollan un patrón patológico de uso o consumo problemático (Gómez y Calbrese, 2012).

Algunos individuos, por determinadas factores, mantienen un consumo problemático con una determinada sustancia, influyendo en todos los aspectos de sus vidas. Sus objetivos, sus valores, sus relaciones, pasan a estar subordinadas a la utilización de esa sustancia. No logran controlar su vida, pasan a estar sujetos a un círculo vicioso de *craving* o deseos irrefrenables para consumir, cambios en el estado de ánimo y mayor angustia, que sólo puede ser aliviada por la utilización, nuevamente, de alguna sustancia (Beck et al, 1999).

Desde la perspectiva desarrollada en el apartado anterior se instaura la necesidad de poder evaluar los aspectos cognitivos que rodean a la conducta del consumo, basándose para esto en marcos teóricos psicológicos exhaustivamente estudiados e investigados; entre los que se puede aportar la Teoría de la Conducta Planificada de Icek Ajzen (1985) siendo uno de los modelos más ampliamente utilizados para dar respuestas a los estudios de las conductas adictivas en general, planteando que los componentes cognitivo-motivacionales determinan la conducta, y explican cómo se relacionan entre si tales componentes (Cortés, 2001).

Según esta teoría la acción humana es conducida por tres clases de consideraciones: *creencias conductuales*, referidas a las consecuencias probables del comportamiento, producen una actitud favorable o desfavorable sobre el comportamiento; *creencias normativas*, referidas a las expectativas normativas de otros, lo que el individuo cree que opina la gente que le rodea respecto a que él realice determinado comportamiento; *creencias de control*, referidas a la presencia de factores que pueden facilitar o pueden impedir el desarrollo del comportamiento. En combinación, ésto conduce a la formación de un comportamiento intencional (Ajzen, 1991).

La Teoría de Conducta Planificada se ha aplicado con éxito a una amplia gama de conductas promotoras de la salud (Adams et al, 2006; Ajzen, 1991; Ajzen y Manstead, 2007; Armitage y Conner, 1999; Conner y Sparks, 2005; Norman y Conner, 2006), y sobre todo ha sido ampliamente utilizada para describir comportamientos de salud sobre los que no se tiene el control volitivo completo (Godin y Kok, 1996) como son las conductas de consumo de sustancias psicoactivas.

En una investigación realizada por Gómez et al (2012) afirman que desde el marco teórico de Ajzen es posible indagar aspectos cognitivos tales como las expectativas que se tienen relacionadas al consumo intensivo de alcohol; lo que el

individuo cree que piensa la gente respecto a este comportamiento de consumo intensivo; la creencia del individuo acerca del control que tiene sobre el consumo, etc. A partir de ésto se puede inferir que se trata de una teoría que predice el comportamiento, ya que la misma plantea que la conducta puede ser planificada.

Es pertinente destacar que aquellas características que poseen las personas que abusan de determinadas sustancias, podrían existir antes de empezar a consumir, y por lo tanto se las podría considerar como factores que predisponen al consumo. Estas características, según Beck (1999) se centran alrededor de la sensibilidad general hacia sus sentimientos y emociones desagradables; poco entusiasmo para controlar su conducta y, por lo tanto, la satisfacción de consumir se valora más que el control; técnicas inadecuadas para controlar tanto la conducta como el afrontamiento de los conflictos; poca tolerancia a la frustración (esta baja tolerancia en realidad indica que existe una gama compleja de creencias y distorsiones cognitivas); y una relativa disminución de las perspectivas futuras, es decir, que la atención de la persona se centra en los estados del aquí y ahora, *craving* e impulsos, y en las acciones que ayuden a aliviarlas o satisfacerlas. Quizás de más este aclarar, que la persona no dedica ningún recurso atencional a preocuparse de las posibles consecuencias de estas acciones, sólo desea aliviar el *craving* (Sipán Valerio, 2015).

El término *craving* será desarrollado extensamente en otro apartado, mientras tanto, se puede aclarar que dicho término designará ese deseo irresistible de beber o de experimentar los efectos derivados del consumo de alcohol y/o drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008).

La poca tolerancia ante la frustración parece ser un precursor importante del consumo de drogas. Específicamente, una serie de actitudes disfuncionales que magnifican las fuentes diarias más frecuentes de frustración llevan a estar demasiado disgustado e irritado. Entre los componentes de este complejo de creencias están actitudes como: “las cosas siempre me deberían ir bastante bien”

o “no deberían ir mal”; “no puedo soportar estar frustrado”; “otras personas son culpables de que esté frustrado y deberían estar castigadas” (Wright et al, 1993; Sipán Valerio, 2015).

En un trabajo realizado por Laespada et al (2004) en la Universidad de Deusto, España, se concluyó que los valores y las creencias guían el comportamiento de las personas y las metas que se plantean en la vida, y que la no interiorización o el alejamiento de algunos valores convencionales predisponen a transgredir la norma en mayor medida. Teniendo ésto una gran influencia en la determinación de la conducta de consumo.

En el mismo trabajo se afirma la existencia de una relación clara entre el consumo de alcohol y la noche. Los jóvenes buscan en la noche un espacio propio y diferente y el alcohol ayuda a la formación de espacios diferenciados de los adultos y favorece identidades y pautas propias (Laespada et al, 2004).

Sistema cognitivo – creencias

Otro de los enfoques más utilizados a la hora de seguir dando respuestas al comportamiento humano, es la teoría cognitiva de Beck, desarrollada como base de su Terapia Cognitiva, a principio de la década de los sesenta (1962) en donde su interés se centró principalmente en el estudio de la depresión y desarrollo del modelo cognitivo de la Depresión, que se caracteriza por el contenido negativo de las cogniciones (pensamientos automáticos) sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

La perspectiva de Beck (1999) tiene como eje el concepto de “creencias”, las cuales se definen como estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo, así como de factores ambientales, culturales y biológicos. A esto se puede agregar que las creencias son relativamente rígidas y duraderas, siendo difícil modificarlas por la experiencia, además de que tienen una enorme influencia en los sentidos, pensamientos y en la conducta de los

individuos. Desde este lugar se puede alegar que las “creencias” son el resultado del intercambio en el mundo de experiencias de los sujetos. Cada individuo al construir su sistema de creencias representa la visión del mundo que obtiene de ese intercambio, teniendo ésto una gran influencia en la determinación de la conducta (Cruz et al, 2015).

Camacho (2003), define las creencias como los contenidos de los esquemas de pensamiento. Las creencias se refieren a todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia (Galaburda y Habib, 1987; Matud et al. 2002).

Al decir de Beck (1995) las *creencias nucleares* desarrolladas desde la infancia radican en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Las mismas representan el nivel más profundo, fundamental y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes, que surgen de las creencias y se encuentran en nuestra mente, representan el nivel más superficial de las cogniciones.

Por otro lado, se puede mencionar que Ellis y Dryden (1989) consideran a las creencias como evaluaciones que se sitúan entre medio de un acontecimiento, suceso activador, y las reacciones ante éste; teniendo en cuenta que estas reacciones pueden ser emotivas, cognitivas o conductuales. Califica a las creencias en racionales, las cuales son preferenciales, ayudan a la supervivencia y conducen a emociones constructivas, y en irracionales, las cuales se caracterizan por su rigidez y total intolerancia a la frustración, son órdenes o mandatos; conducen a emociones inadecuadas como la ansiedad y no ayudan a lograr los objetivos de la persona (Cruz et al, 2015).

Beck (1999) afirma que las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la formación de las expectativas que moldean los impulsos. Por ejemplo, una persona con un problema serio de consumo de alcohol tiene las siguientes creencias: “Si soy divertido y sociable tendré más amigos” y “Si consumo alcohol seré más divertido”. Esta persona convierte estas creencias en una expectativa específica de conseguir más amigos, cuando aparece una situación en la que puede ser más sociable. La expectativa de éxito se acentúa por su creencia en el efecto de desinhibición que produce el consumo de alcohol (León Segarra, 2016).

Pérez –Aranibar (2005) afirma que la cultura universitaria provee a los jóvenes una serie de afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y de sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos de los jóvenes regulando el comportamiento sobre el consumo. Afirmando también que las creencias hacia el consumo son positivas o negativas dependiendo de lo deseable que sean los efectos para el individuo. Diversos estudios (Londoño Pérez et al, 2005; Martínez González & Verdejo García, 2012; Cassola et al, 2005) han identificado que la existencia de expectativas negativas guarda una relación estrecha con el bajo consumo de alcohol, no siendo así para las expectativas positivas que incrementan la probabilidad de que los jóvenes aumenten el consumo. A esto podemos agregar que es a partir de las creencias globales hacia el consumo que se genera la actitud hacia la conducta de consumir o no determinada sustancia.

En una investigación realizada por Gómez et al (2012) sobre la evaluación de los determinantes cognitivos, las creencias, asociados al consumo intensivo de alcohol, llegan a la conclusión de que la práctica de estos jóvenes está relacionada con la mejora de sociabilidad, es decir que creen que el consumir alcohol de manera intensiva aumenta su capacidad de relacionarse con los demás, esta práctica también se encuentra relacionada con el conseguir un estado de ánimo positivo e incrementar el nivel de autoconfianza.

En la teoría cognitiva se suele plantear que las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas de las personas. Por ejemplo, los pacientes deprimidos tienen puntos de vista negativos y globales acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Estas creencias influyen en sus sentimientos de desesperación, culpa y tristeza (Wright y Beck, 1983).

Creencias adictivas

Tal como venimos afirmando, los factores psicológicos y sociales serían factores determinantes, antes que las propiedades farmacológicas de la sustancia, a la hora de consumir y convertir a un consumidor en una persona que abusa de las drogas y alcohol (Beck et al, 1999; Gómez et al, 2012; Martínez-González et al, 2015).

Una persona que es consumidor de cualquier sustancia psicoactiva posee ciertos pensamientos asociados al consumo y/o abuso de drogas, y puede, o no, ser consciente de éstos. A estos pensamientos se los conoce con el nombre de creencias adictivas, Beck (1999) las define como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape (Martínez-González & Verdejo-García, 2012). Entre las ideas disfuncionales que conforman estas creencias adictivas se encuentran: la creencia de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio emocional y psicológico; la idea de que la sustancia mejorará el funcionamiento intelectual y social; la expectativa de que se encontrará placer y excitación utilizando alguna sustancia; la idea de que dará más fuerza, energía y poder; la creencia de que calmará el dolor; el supuesto que aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión; y la certeza de que al menos que se haga algo para satisfacer el *craving*, éste continuará eternamente y con toda seguridad empeorará.

Para profundizar en esta cuestión debemos diferenciar entre *craving* e impulsos de consumo de drogas. Sánchez-Hervas et al (citado en Martínez González & Verdejo García, 2012) sostienen que el *craving* se conceptualiza como la

sensación subjetiva de deseo de conseguir el estado psicológico inducido por las drogas, mientras que el impulso es el determinante conductual de búsqueda y consumo de sustancia. Es decir que el *craving* está asociado con el querer y el impuso con el hacer.

Ante este deseo por consumir las personas se ven impulsadas a ceder debido a que sus creencias se centran en la anticipación del estado de privación: “no puedo ser feliz a menos que consuma”, “perderé a mis amigos”, o “seré infeliz”. Al mismo tiempo también desarrollan creencias en torno a la capacidad de controlar el *craving*, éstas son de indefensión, tales como: “incluso si fuera capaz de parar, no haría más que empezar de nuevo”, o “el *craving* es demasiado fuerte”. Estas creencias terminan siendo profecías auto cumplidas y confirman su indefensión para superar su adicción (Wright et al, 1979; Vila, 2015).

El origen de estas creencias adictivas radica en la combinación de las creencias nucleares, las cuales fueron desarrolladas anteriormente. Martínez González y Verdejo García (2012) sostienen que las creencias adictivas pueden permanecer inactivas y se estimulan ante la presencia de algún estímulo condicionado con la sustancia, y tan pronto como se activan estas creencias la persona empieza a experimentar una exacerbación del *craving*.

Es importante mencionar que las creencias adictivas caracterizan a aquellas personas que tienen un consumo problemático de sustancias, es decir que son características del trastorno, sin embargo no pueden ser consideradas por sí mismas como factores exclusivos que predisponen al abuso de determinadas sustancias. Se considera que las creencias adictivas realmente contribuyen no sólo a “mantener la adicción y proporcionan el trasfondo de la recaída” (Beck et al, 1999), sino también influyen en el inicio del uso/consumo de sustancias (Vila, 2015).

Las creencias relacionadas al uso/consumo de sustancias psicoactivas se activan en determinadas situaciones específicas, a menudo predecibles, llamadas éstas como “situaciones estímulo”, también llamadas “señales” (Moorey, 1989, citado en Beck et al, 1999). Sin embargo, el grado de riesgo de una situación variará considerablemente de un momento a otro, dependiendo del estado de ánimo en el que se encuentre la persona y de su autocontrol.

Se pueden mencionar al menos tres tipos (o grupos) de creencias en las personas, en el caso de que el consumo sea problemático: *anticipatorias*, orientadas hacia el *alivio* y *facilitadoras* o también denominadas *permisivas* (Beck et al, 1999). De esta manera cada grupo de creencias refiere a determinadas ideas asociadas al consumo de una o más sustancias.

Creencias anticipadoras: hacen referencia a las expectativas de recompensa; en un principio toman formas parecidas a “será divertido hacer esto”, a medida que la persona encuentra cada vez más satisfacción al consumir determinada sustancia desarrolla creencias románticas que predicen el escape y la satisfacción: “Esta noche tendré una gran fiesta. ¡No puedo esperar a colocarme! Me sentiré menos triste” (Beck et al, 1999).

Creencias de alivio: la persona comienza a confiar en el hecho de que consumir una determinada sustancia va a contrarrestar sus sentimientos de angustia, por ejemplo: “Necesito consumir para funcionar”, o “Me sentiré de mejor ánimo si consumo alcohol con mis amigos”. Éstas remiten a la convicción de que consumir alguna sustancia psicoactiva, mitigará un malestar determinado (Beck et al, 1999).

Creencias facilitadoras o permisivas: son aquellas que de alguna forma habilitan la práctica de consumir determinada sustancia, las personas consideran que tomar drogas es aceptable y se autorizan a consumir a pesar de las posibles consecuencias; por ejemplo: “Como me encuentro triste está bien que lo haga” o “Podré manejarlo, solo las personas débiles tienen problemas con las drogas”.

Son racionalizaciones, las personas tienen pensamientos que tienden a justificar su consumo: “Tengo que tomar alcohol sino no soy divertido” (Beck et al, 1999).

Ante estas creencias adictivas se busca que las personas logren desarrollar creencias de control que las sustituyan. Se las define como “creencias que disminuyen la probabilidad de tomar o abusar de las mismas” (Beck et al, 1993 p. 233).

Las creencias adictivas se van desarrollando a lo largo del tiempo, su asimilación es muy fuerte y se vuelven extremadamente resistentes al cambio, de ahí la importancia a la adhesión de este modelo explicativo, el cual se inclina más a la modificación del sistema de creencias del individuo que simplemente hacer que evite o afronte las situaciones de alto riesgo (Beck, 1976; Beck et al, 1979; Martínez-González et al, 2015).

Teniendo en cuenta los conocimientos desarrollados hasta aquí, se puede alegar que las creencias se encuentran fuertemente relacionadas a las conductas de consumo de drogas y alcohol (Gómez et al, 2008; Luque et al, 2010; Cortés et al. 2011; Martínez González & Vardejo García, 2011; Gómez, et al, 2012).

El desarrollo anterior justifica el estudio no sólo sobre los aspectos conductuales (patrones de consumo) sino también sobre los determinantes cognitivos (creencias adictivas) y los perfiles sociodemográficos, aspectos importante a tener en cuenta a la hora de predecir una determinada conducta respecto al consumo de drogas y alcohol por los jóvenes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Estudiar los patrones de consumo de las sustancias psicoactivas, los perfiles sociodemográficos de los consumidores y el rol de las creencias en el consumo problemático de sustancias.

Objetivos Específicos

- Identificar los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población joven de la Argentina.
- Describir los perfiles sociodemográficos de consumidores de sustancias.
- Detectar las creencias acerca de los efectos de las drogas en los consumidores de sustancias.
- Establecer las posibles relaciones entre las creencias, los patrones consumo y los perfiles sociodemográficos en jóvenes de 18 a 30 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

A fin de lograr los objetivos de este trabajo de tesis doctoral la etapa empírica se realizó en dos fases consecutivas.

En la primera fase se utilizó una fuente secundaria de datos con el objetivo de establecer las características del consumo y de los consumidores. En la segunda fase se diseñó un estudio de campo con el objetivo de evaluar los factores cognitivos asociados a ciertos tipos de consumo.

Primera Fase

Identificación de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en la población joven de la Argentina. Descripción los perfiles sociodemográficos de consumidores de sustancias.

Fuente secundaria

En este estudio se trabajó con la base de datos proporcionada por el Observatorio Argentino de Drogas, dependiente del SEDRONAR, para el Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento que esta entidad lleva a cabo desde 2004 y que en base al convenio firmado entre la Facultad de Psicología de la UNC y SEDRONAR fue utilizado para el desarrollo de esta tesis doctoral.

Esta base de datos es parte del Registro continuo de Pacientes en Tratamiento en 53 centros de tratamiento, del relevamiento se obtuvieron un total de 1771 encuestas efectivas. Luego de la ponderación de la muestra, estos casos son representativos de 21252 pacientes en todo el país.

La encuesta en pacientes se implementa a partir de la aplicación de un cuestionario estandarizado, que tomó como base la encuesta SIDUC1, usada en el Primer Estudio Nacional a Pacientes en Tratamiento (2004). El mismo fue adecuado y mejorado a partir de la experiencia de más de 5 años en el estudio de

esta población, incorporando además indicadores que se vinculan a los resultados de los tratamientos.

El cuestionario (Ver Anexo) indaga sobre las características sociodemográficas del paciente, el tipo de centro de tratamiento y el tipo de tratamiento en el cual se encuentra, la cronología de consumo de sustancias psicoactivas, indicando la edad de inicio y la frecuencia de uso para cada sustancia; cómo acude al tratamiento y la existencia de tratamientos anteriores, la droga de mayor daño y la droga que motiva la demanda del tratamiento. Por otra parte, el cuestionario busca identificar situaciones de policonsumo y las drogas involucradas en las mismas, consideradas tanto el alcohol como las denominadas drogas ilegales. También se pretende conocer factores asociados y aspectos preventivos vinculados a la salud en relación a enfermedades infecciosas, tales como HIV, Hepatitis B y C. En este sentido, se indaga sobre la realización de exámenes clínicos durante el último año y sus resultados. De manera exploratoria, se pregunta en forma abierta sobre la existencia en el paciente de alguna enfermedad clínica o psíquica vinculada al consumo de sustancias y se solicita su descripción. Se entiende este vínculo de manera general, es decir, sin explicitar la relación de dependencia de esta patología con el consumo.

Segunda Fase

Detección de las creencias acerca de los efectos de las drogas en los consumidores de sustancias. Establecimiento de las posibles relaciones entre las creencias, los patrones consumo y los perfiles sociodemográficos en jóvenes de 18 a 30 años.

Fuente primaria

La población del estudio estuvo comprendida por estudiantes universitarios residentes de la Ciudad de Córdoba, de ambos sexos, jóvenes entre 18 a 30 años de edad.

El rango etario fue definido a partir de los resultados observados en el “Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas” realizado en el año 2010 por la SEDRONAR, donde el mismo revela que las mayores tasas de consumo de alcohol se observan entre las personas de 18 a 30 años ubicándose en el 83,8% del total de la población estudiada. En el mismo sentido los datos obtenidos en la primera fase permitieron el ajuste tanto de las características de la muestra como de los instrumentos utilizados.

La muestra estuvo comprendida por 643 jóvenes estudiantes provenientes de las diferentes carreras de grado de la UNC. El tipo de categoría elegido fue el muestreo aleatorio simple, con el fundamento de que todos los miembros de la población hayan tenido la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra (Grasso, 1999).

Los cuestionarios han sido cumplimentados individualmente, de manera anónima y voluntaria por cada estudiante universitario en lugares públicos, estando presente siempre algún miembro de mi equipo investigación para responder a posibles dudas.

En primer lugar, se aplicó un cuestionario (Ver anexo) para obtener, datos sociodemográficos, indagar las diferentes modalidades de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (SPA) en los jóvenes universitarios, tipo de bebidas alcohólicas consumidas, frecuencia de consumo, etc (Ceballos et al, 2007).

En base a las respuestas obtenidas de este cuestionario se pudo recolectar información acerca del tipo de consumo que realizan los jóvenes universitarios. La misma se obtiene a través de las respuestas en cuanto a cantidad (copas) y tipo de bebida consumida, que se transforma en gramaje de alcohol consumido. Con esta medida se puede establecer la diferenciación entre los grupos CIA y NoCIA.

Se aplicó un segundo cuestionario (Ver anexo), autoadministrado, estructurado y cerrado con 20 preguntas y respuesta de opción múltiple, para llegar a conocer los determinantes cognitivos. Para esto se utilizó la escala de creencias adictivas acerca del abuso de sustancias psicoactivas desarrollado por Wright (Beck, 1993), adaptada por Bittar et al, 2007. Debido a que la aplicación de instrumentos desarrollados para otras realidades socioculturales puede llevar a sesgos en los resultados, es que se utilizó una adaptación de dicha escala acerca del abuso de sustancias, en este caso se adaptó al alcohol (Cortés et al, 2011).

Este cuestionario denominado el “Cuestionario de Creencias acerca del abuso de sustancias” estaba compuesto de 20 preguntas que se asocian a los 3 tipos de creencias adictivas (Ver anexo). Las creencias permisivas contemplan los ítems 3, 6, 10, 13, 15, 16 y 18; las creencias anticipatorias los ítems 1, 2, 5, 7, 11, 12 y 20; y las creencias de alivio los ítems 4, 8, 9, 14, 17 y 19.

La administración de este cuestionario consta de que los sujetos puntúen a cada ítem en una escala que va del 1 al 5, significando el valor “1” que la persona está en desacuerdo totalmente con la afirmación del ítem y una puntuación “5” que la persona está totalmente de acuerdo con la afirmación.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para buscar definir grupos de variables (más conocidos como factores) que estén altamente correlacionados entre sí (Mendez Martinez & Rondón Supúlveda, 2012). La prueba KMO de adecuación muestral arrojó un valor de 0,908 y la prueba de esfericidad de Bartlett, un valor de 381,211 (gl= 190; sig= 0,000).

El análisis factorial exploratorio realizado con los veinte ítems de las creencias adictivas indica la existencia de tres factores. Se seleccionaron los ítems con saturaciones superiores a 0,40, reteniéndose tres factores que explican el 46,63% de la varianza. Así el factor 1 queda con un autovalor de 6,213. El factor 2, con

un autovalor de 1,812. Y el factor 3 con un autovalor de 1,303 (Ver figura 1 en anexo).

También se ha realizado un análisis preliminar de la consistencia interna del cuestionario de creencias, eliminando los ítems pertenecientes a la sub-escala de las Creencias Permisivas, debidos a que de este modo el instrumento ganaba consistencia y fiabilidad.

Del primer análisis de fiabilidad de la escala general de creencias, resultó que los ítems 7, 15, 16 y 18 no funcionaban bien y que al eliminarlos, la escala funcionaba bastante mejor; tres de estos ítems corresponden a las Creencias Permisivas.

Respecto del análisis de los ítems que responden a cada una de las creencias, se desprendieron los siguientes resultados: del análisis de las Creencias Anticipatorias resultó que el ítem 7 no funcionaba bien y que al eliminarlo la escala obtenía un mejor Alpha. Pero a su vez retirando este ítem, el ítem 5 no funcionaba bien. Por tanto, decidimos dejar todos los ítems pertenecientes a esta escala.

El análisis de las Creencias de Alivio mostró que todos los ítems de la escala funcionan muy bien. Es la más confiable de todas las escalas, por lo tanto, el instrumento es bastante confiable para medir Creencias de Alivio.

Respecto del análisis de las Creencias Permisivas, se detectó que presentaban problemas y era la escala que más baja daba. Los ítems 16 y 18 funcionan mal tanto en la escala general y como en la escala particular. También funcionaba mal el ítem 10. Esta es la escala más débil, es en la que menos confiamos. Decidimos volver a poner el ítem 10, sin los ítems 16 y 18, y el Alpha arrojaba un mejor resultado (Ver Anexo con el cuestionario final con los 18 ítems).

De esta manera los análisis se realizaron con la escala resultante de 18 ítems, arrojando un valor de $\text{Alpha} = 0,665$ para las Creencias Anticipatorias, $\text{Alpha} = 0,790$ para las Creencias de Alivio, y $\text{Alpha} = 0,556$ para las Creencias Permisivas o Facilitadoras. El Alpha general para todo el instrumento es de $0,865$.

Si bien la moderada capacidad explicativa de la estructura obtenida (46,63%), junto a los índices obtenidos por el Alfa de Cronbach en el análisis de la consistencia interna de las subescalas y escala completa sugerirían la revisión e inclusión de nuevos ítems tendientes a fortalecer la estructura factorial y aumentar la capacidad explicativa de la misma, los resultados observados permiten inferir la utilidad de la escala a los fines de la presente investigación, sobre todo si se considera el coeficiente alfa obtenido para la escala completa ($\text{Alpha} = 0,865$). Además, también se sugiere realizar nuevamente los análisis de varianzas con los grupos de bebedores (bajo, medio, alto y muy alto riesgo) con esta distribución de ítems.

Control de la Deseabilidad social

Las pruebas de evaluación psicométrica suelen considerarse objetivas teniendo en cuenta la naturaleza estandarizada de los estímulos utilizados y de las opciones de respuesta, la transformación de las puntuaciones en típicas y también, por la valoración objetiva de la prueba (Fernández-Ballesteros, 2000). Sin embargo, este tipo de evaluación no deja de estar sujeto a posibles limitaciones y problemas. Algunos de ellos son: la respuesta al azar, en la que el sujeto sigue un patrón no determinado por el contenido de los ítem en sus contestaciones, el disimulo o engaño con que el sujeto pretende falsear sus respuestas para ocultar información o darla distorsionada, el estilo de respuesta que el sujeto escoge y puede ser moderado o extremo, negativo o positivo en su forma de contestar y la deseabilidad social.

La deseabilidad social, que se define como la tendencia psicológica a atribuirse a sí mismo cualidades de personalidad socialmente deseables y rechazar aquéllas

socialmente indeseables, produce un efecto distorsionador que en extremo, puede invalidar una medición psicológica (Huelva y Chaves, 2002). La deseabilidad social produce un efecto distorsionador en los cuestionarios de psicómétricos. En el trabajo con niños y adolescentes, la influencia de la deseabilidad social se potencia, ya que generalmente ellos pretenden mostrar una visión mejorada de sí mismos, procurando agradar a los demás. Esta tendencia a atribuirse a sí mismo cualidades de personalidad socialmente deseables y rechazar aquéllas socialmente indeseables, en extremo, puede invalidar una medición psicológica, ya que en realidad no se sabría exactamente qué se está evaluando (Huelva y Chaves, 2002).

En el proceso de validación de nuestro instrumento se registraron casos donde los sujetos mostraban una tendencia a contestar al cuestionario acerca del abuso de sustancias con respuestas esperadas socialmente. Debido a que esta situación provoca sesgos en la información registrada se administró, junto con el Cuestionario de Creencias Adictivas y el Cuestionario Sociodemográfico, la Escala L (Ver anexo) que trata de detectar los sesgos positivos o la tendencia a aparentar una buena imagen personal. Esta escala consta de una serie de frases que están relacionadas con actitudes personales de los sujetos. Un alto puntaje en la Escala L, puede indicarnos los esfuerzos por dar una imagen demasiado positiva de sí misma, una proclamación de virtudes poco creíble o realista (Zambrano Cruz, 2011).

Previo a la fase de análisis de datos, se puntuaron las respuestas de los encuestados en la Escala L. Para la población de 643 estudiantes encontrando que sólo 11 de ellos puntuaban en la Escala L dos desviaciones estándar por encima de la media de la muestra bajo estudio. Luego de esto se establecieron medidas de tendencia central para los datos sobre patrones de consumo con o sin los 11 casos mencionados. No se encontraron diferencias ni en las cantidades, ni en la frecuencia de consumo. Teniendo en cuenta que sus resultados no incidían

en el análisis, se decidió mantener los 11 casos, ya que se considera que no conllevan sesgo alguno.

Análisis de datos

Una vez obtenido los datos de la primera fase, otorgados por el OAD, fueron procesados y analizados de manera descriptiva e inferencial utilizando un paquete estadístico específico de las ciencias sociales (IBM SPSS Statistics versión 21) y posteriormente se desarrollaron las conclusiones del trabajo.

En el mismo sentido, los datos obtenidos con el estudio de campo propio (Segunda fase) fueron analizados de manera descriptiva e inferencial utilizando el paquete estadístico mencionado.

Se realizó análisis de frecuencia y medida de tendencia central. En la primera fase estos procedimientos sirvieron para establecer una caracterización del tipo de consumo y de los consumidores relevados por el estudio del OAD.

En la muestra proveniente del estudio de campo propio se realizaron una serie de pruebas estadísticas. Las mismas sirvieron no sólo para medir la frecuencia actual de consumo de alcohol y SPA en los jóvenes universitarios, sino también el gramaje de alcohol consumido por los mismos, como el patrón de consumo.

Se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) ya que la misma sirve para determinar si las diferencias que existen entre las medias de tres o más grupos (niveles de clasificación) son estadísticamente significativas.

Para evaluar los patrones de consumo, se aplicó un cuestionario que fue adaptado a nuestra temática, a nuestra realidad. La escala original es parte de una encuesta construida para evaluar los determinantes cognitivos que influyen en la realización de un consumo intensivo de alcohol (Gómez et al, 2012). En base a este

cuestionario y otros provenientes de investigaciones consultadas, se elaboró un instrumento que permitió categorizar las modalidades de consumo en la población bajo estudio en dos grupos, consumidores intensivos (CIA) y consumidores regulares o habituales (NoCIA).

Previo a la aplicación de este cuestionario, se le solicitó a los encuestados que completaran datos sociodemográficos, a saber: edad, sexo, peso aproximado, carrera y año que cursa.

Para determinar los gramos de alcohol consumidos se codificó el ítem que recoge la información de “qué bebes en una salida”. Se siguieron los siguientes pasos: en un primer momento se tuvieron en cuenta los gramos de alcohol estándares de cada de bebida según tipo, marca y graduación alcohólica.

El siguiente paso fue calcular los gramos de alcohol consumidos de cada sujeto, haciendo sumatoria (teniendo en cuenta la tabla confeccionada) del número de consumiciones de bebida que dijo tomar en una noche. Ya que cada sujeto no bebe siempre la misma bebida, ni la misma marca; cuando el sujeto indicaba tipo de bebida y no marca se optó por la marca de menor graduación.

A fin de categorizar en CIA y NoCIA se tomó en cuenta como patrón general el superar 60 gramos los varones y 40 gramos las mujeres, en un intervalo de 2 a 3 horas.

Mediante el ANOVA se compararon los puntajes promedio obtenidos por cada grupo (según los dos criterios) con las escalas según el tipo de creencias (Anticipatoria, Alivio, y Permisivas).

Finalmente se realizó un Análisis de Conglomerados Utilizando las variables: Tipo de consumo, gramaje de alcohol, patrón de consumo y sexo.

El procedimiento de extracción seleccionado ha sido el de Análisis de conglomerados en dos fases ya que el algoritmo que emplea este procedimiento incluye dos importantes características: permite incluir variables categóricas y continuas conjuntamente, y selecciona automáticamente el número óptimo final de conglomerados (Alaminos et al, 2016).

El análisis de conglomerados (cluster) es una técnica multivariante que busca agrupar elementos (o variables) tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos (Alaminos et al, 2016).

El análisis de conglomerados es un método que permite descubrir asociaciones y estructuras en los datos que no son evidentes a priori pero que pueden ser útiles una vez que se han encontrado. Los resultados de un análisis de conglomerados pueden contribuir a la definición formal de un esquema de clasificación tal como una taxonomía para un conjunto de objetos, a sugerir modelos estadísticos para describir poblaciones, a asignar nuevos individuos a las clases para diagnóstico e identificación, etc. (Alaminos et al, 2016).

Este método tiene por objeto agrupar elementos en grupos homogéneos en función de las similitudes entre ellos. Detecta grupos internamente homogéneos (y heterogéneos entre sí).

Con los grupos generados por el análisis de conglomerado en tanto variable independiente, se procedió a evaluar, mediante análisis de varianza (ANOVA), los puntajes obtenidos en el cuestionario de Creencias acerca del abuso de sustancias, en tanto variables dependientes.

Cuestiones Éticas

Tanto en el estudio llevado a cabo por el OAD como el realizado a los fines de esta tesis para dar seguridad y protección, tanto de la identidad de las personas como de la información otorgada, se trabajó desde el anonimato, proporcionando a cada participante la información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza del estudio, se aseguró, explícitamente, la confidencialidad a los participantes con el propósito de que cada sujeto pudiera decidir voluntariamente participar o no del estudio. En todos los casos fueron observadas las pautas CIOMS 2009 para estudios epidemiológicos. Sobre todo lo atinente a la pauta 4 de la CIOMS 2009, que establece que el consentimiento informado puede ser omitido en las situaciones en que las investigaciones utilizan materiales personalmente no identificables (Lues, 2011).

RESULTADOS

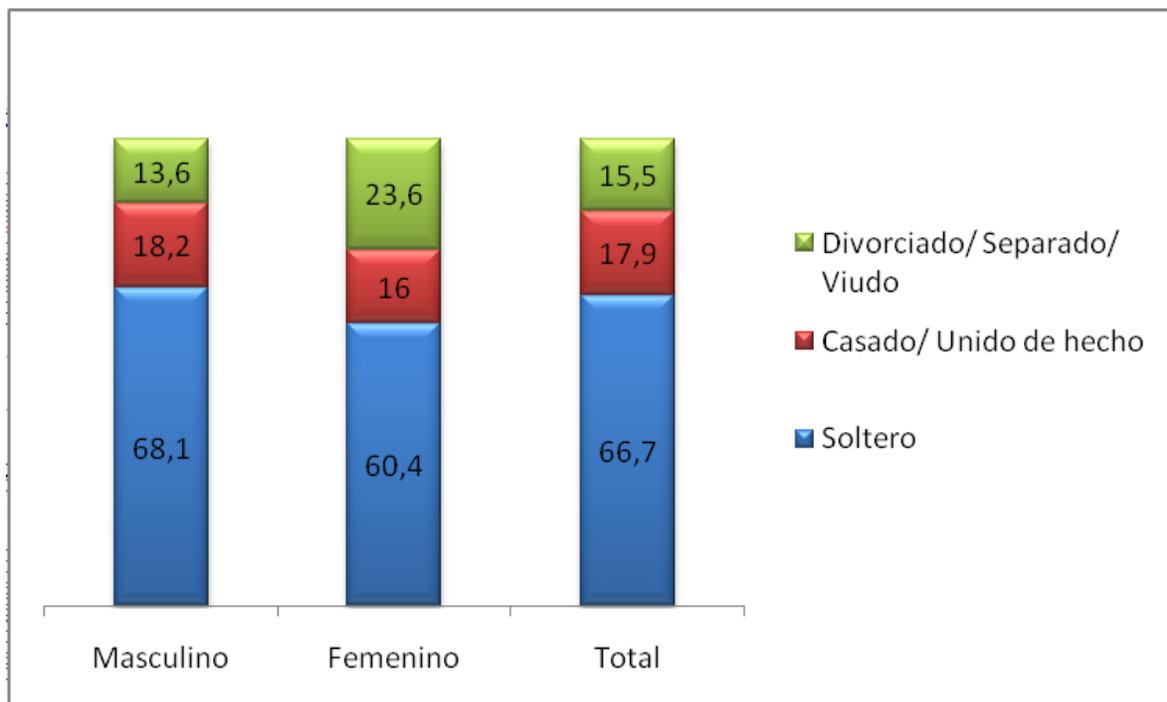
Fase uno. Descripción de los perfiles sociodemográficos de consumidores de sustancias. Identificación de los patrones de consumo de sustancias psicoactiva en población joven de la Argentina.

Descripción de la muestra, características sociodemográficas

El análisis de las variables demográficas indica que los pacientes en tratamiento son en su mayoría varones (81,9%). Además se trata de una población joven, en tanto el 42,8% de los pacientes registrados tiene hasta 24 años. La media de edad es de 30 años, con un desvío estándar de 12,5 años, una edad mínima de 13 años y una máxima de 70.

La distribución porcentual (N= 1771) de los pacientes según el estado civil indica que la mayoría son solteros, en tanto la población restante se distribuye uniformemente entre los que están casados o unidos de hecho y entre los que se encuentran separados, divorciados o son viudos.

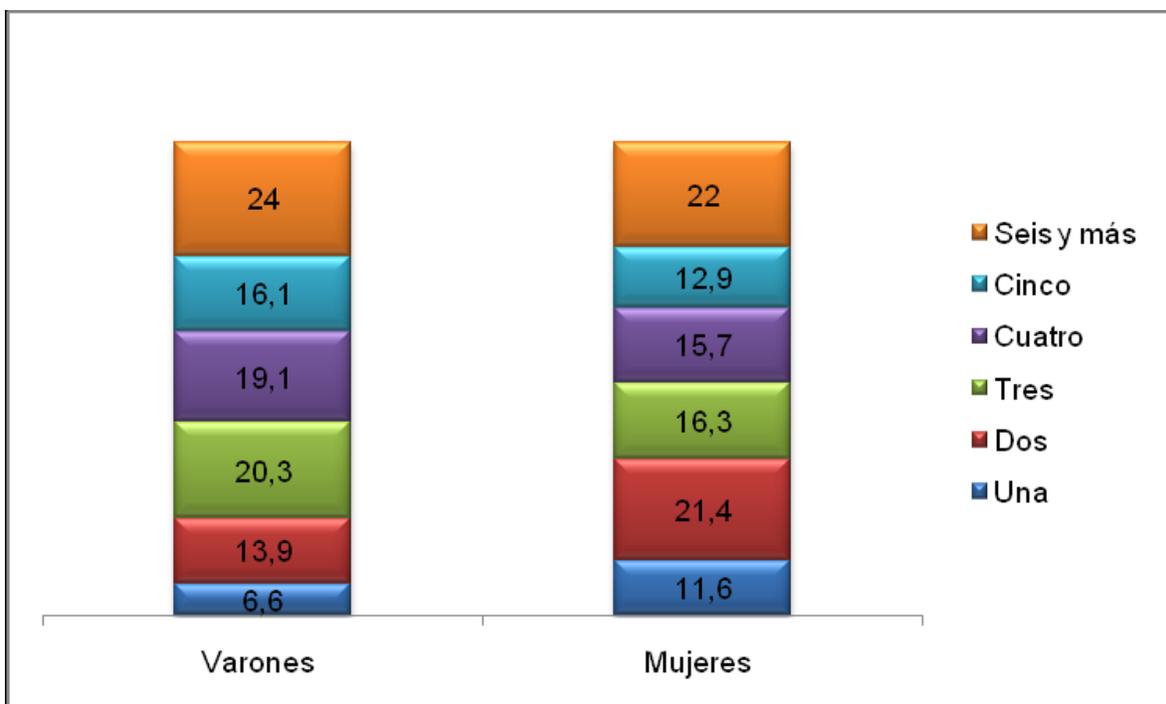
Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes según el estado civil.



Historia y patrones de consumo

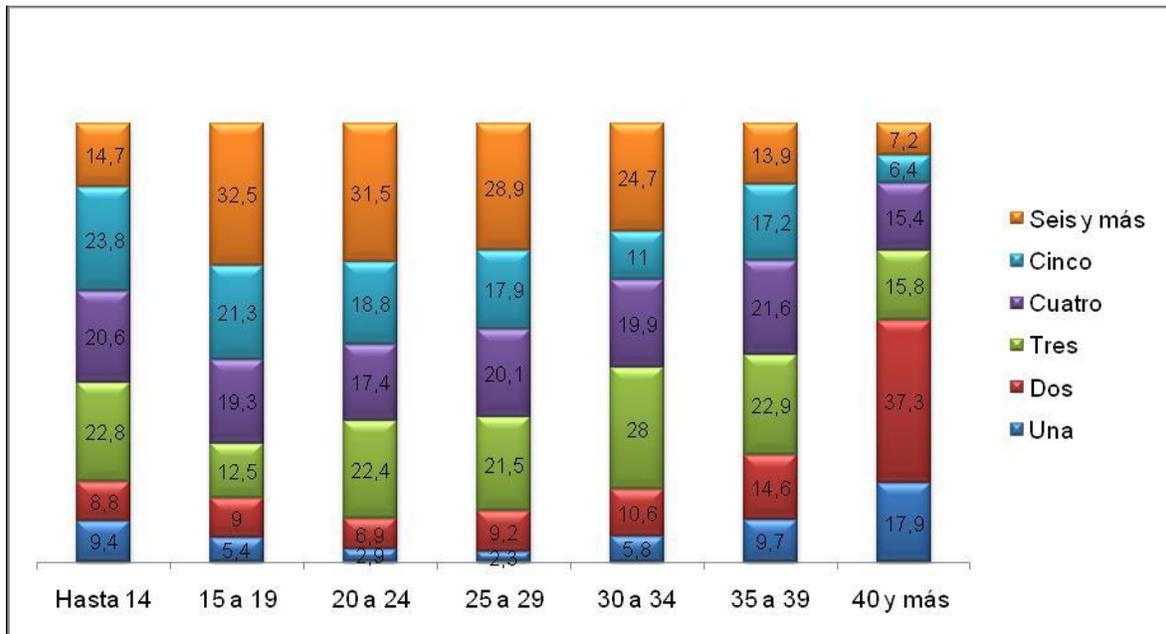
Analizando el número de sustancias consumidas por los pacientes a lo largo de su vida se observa que sólo el 7,5% han consumido una única sustancia, es decir, son monoconsumidores. La mayoría de los pacientes son policonsumidores, el 23,6%, se concentra en aquellos que han declarado haber consumido seis o más sustancias a lo largo de su vida. Asimismo, el 38,1% de los pacientes han consumido entre tres y cuatro sustancias.

Figura 2: Cantidad de sustancias consumidas en la vida según sexo (N=1771).



El número de sustancias consumidas en la vida según sexo, indica que las mujeres consumen en mayor medida que los hombres una y dos sustancias, y estos últimos superan a las mujeres a partir de la tercera droga y a medida que aumenta la cantidad de sustancias incorporadas en la historia de consumo.

Figura 3: Cantidad de sustancias consumidas en la vida según edad (N=1771).



Si observamos la cantidad de drogas consumidas a lo largo de la vida de los pacientes según la edad de los mismos el número de drogas consumidas se reduce a partir de los 35 años.

Los grupos de pacientes en situaciones más críticas, por el número de drogas consumidas, son los jóvenes que tienen entre 15 a 29 años, ya que alrededor del 50% ha consumido entre cinco y seis sustancias o más. Asimismo, el grupo de 40 años y más es el que presenta mayor proporción de monoconsumidores: el 17,9%.

Sustancias consumidas en la vida

Para poder identificar las principales sustancias de consumo, a continuación se presentan la cantidad de pacientes que mencionaron haber consumido cada una de las sustancias en algún momento de su historia de consumo, independientemente de la cronología de uso.

Tabla 1: Prevalencia de vida de consumo de sustancias.

| Sustancia | Porcentaje + |
|-------------------------------|---------------------|
| Alcohol | 87,4% |
| Tabaco | 57,0% |
| Solventes e inhalables | 19,6% |
| Marihuana | 73,9% |
| Cocaína HCL | 72,7% |
| Pasta base-paco | 18,4% |
| Tranquilizantes | 31,5% |
| Estimulantes | 6,0% |
| Éxtasis | 6,8% |
| Alucinógenos | 18,8% |
| Opiáceos | 2,8% |

+ cada sustancia sobre el total de pacientes (N=1771)

El alcohol es la sustancia con mayor presencia en la historia de consumo de los pacientes en tratamiento: el 87,4% de los pacientes declararon haber consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida. Alrededor del 70% de los pacientes registrados declararon consumo de marihuana y cocaína. Por otra parte, un 57% de los pacientes fuma o fumó tabaco en algún momento de su vida y un 31,5% consumió tranquilizantes. Además alrededor del 20% de los pacientes declaró consumo de solventes, alucinógenos y pasta base.

Tabla 2: Prevalencia de vida de consumo de sustancias según sexo (N=1771).

| Sustancias | Varones | Mujeres |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| Alcohol | 88,4% | 82,7% |
| Tabaco | 55,9% | 62,3% |
| Solventes e inhalables | 21,5% | 11,0% |
| Marihuana | 77,1% | 59,6% |
| Cocaínas | 76,0% | 58,0% |
| Pasta base-paco | 19,5% | 13,5% |
| Tranquilizantes | 29,4% | 40,7% |
| Estimulantes | 5,1% | 10,0% |
| Éxtasis | 6,8% | 6,8% |
| Alucinógenos | 19,8% | 14,3% |
| Opiáceos | 2,9% | 2,5% |

Si observamos las sustancias con mayor presencia en la historia de consumo de los pacientes según sexo, se destaca que las mujeres consumen en mayor medida alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y tranquilizantes. Y en los varones a estas sustancias se suman con prevalencias cercanas al 20% los alucinógenos, pasta base y solventes.

Las diferencias entre sexos indican un mayor consumo en las mujeres de tabaco y psicofármacos y un significativo mayor consumo en los varones de solventes, marihuana, cocaína y pasta base.

Drogas de inicio

Las principales drogas de inicio son las sustancias legales, alcohol y tabaco, seguida de marihuana. El 40,8% de los pacientes comenzaron su historia de consumo con alcohol y un 32,1% con tabaco. Además se iniciaron con marihuana un 13,6% del total de los casos, cocaína en el 6,7% y los solventes e inhalables en el 2,9%. El promedio de edad de inicio del consumo de sustancias es a los 14,7 años.

Tabla 3: Distribución de los pacientes según droga de inicio (N=1771).

| Sustancia | Porcentaje |
|-------------------------------|-------------------|
| Alcohol | 40,8% |
| Tabaco | 32,1% |
| Solventes e inhalables | 2,9% |
| Marihuana | 13,6% |
| Alucinógenos | 0,7% |
| Opiáceos | 0,3% |
| Cocaínas | 6,8% |
| Tranquilizantes | 2,1% |
| Estimulantes | 0,1% |
| Pasta base - paco | 0,3% |
| otras drogas | 0,3% |
| Total | 100% |

Tabla 4: Distribución porcentual de los pacientes por sexo según tipo de droga de inicio (N=1171).

| Tipo de droga de inicio | Varones | Mujeres |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| Alcohol | 40,9 % | 40,4% |
| Tabaco | 29,8% | 42,3% |
| Solventes | 3,5% | 0,4% |
| Marihuana | 15,2% | 6,6% |
| Alucinógenos | 0,9% | |
| Opiáceos | 1,5 % | |
| Cocaínas | 7,5 % | 3,6% |
| Tranquilizantes | 1,4% | 5,3% |
| Pasta Base / Paco | 0,3% | |
| Otras Drogas | 0,4% | |
| Total de pacientes | 100% | 100% |

Las principales drogas de inicio para ambos sexos son las drogas legales. El inicio con alcohol no presenta diferencias según sexo, sin embargo se iniciaron con

tabaco en mayor medida las mujeres que los hombres. Los hombres consumieron como droga de inicio en mayor proporción marihuana, cocaína, y solventes, mientras que las mujeres superan a los hombres en el inicio con tranquilizantes y opiáceos.

Policonsumo

El cuestionario utilizado por el OAD cuenta con algunas preguntas cuyo objetivo fue identificar las sustancias que intervienen en el policonsumo. Se entiende que la situación del policonsumo indica el momento en el cual se consumieron en forma simultánea dos o más sustancias.

Se les pidió a los pacientes que identificaran las drogas presentes en el momento de mayor consumo en el transcurso de un mes, diferenciando la droga principal y otras secundarias. Además se preguntó si estas sustancias identificadas en el policonsumo eran consumidas en una misma salida u ocasión, es decir al mismo tiempo.

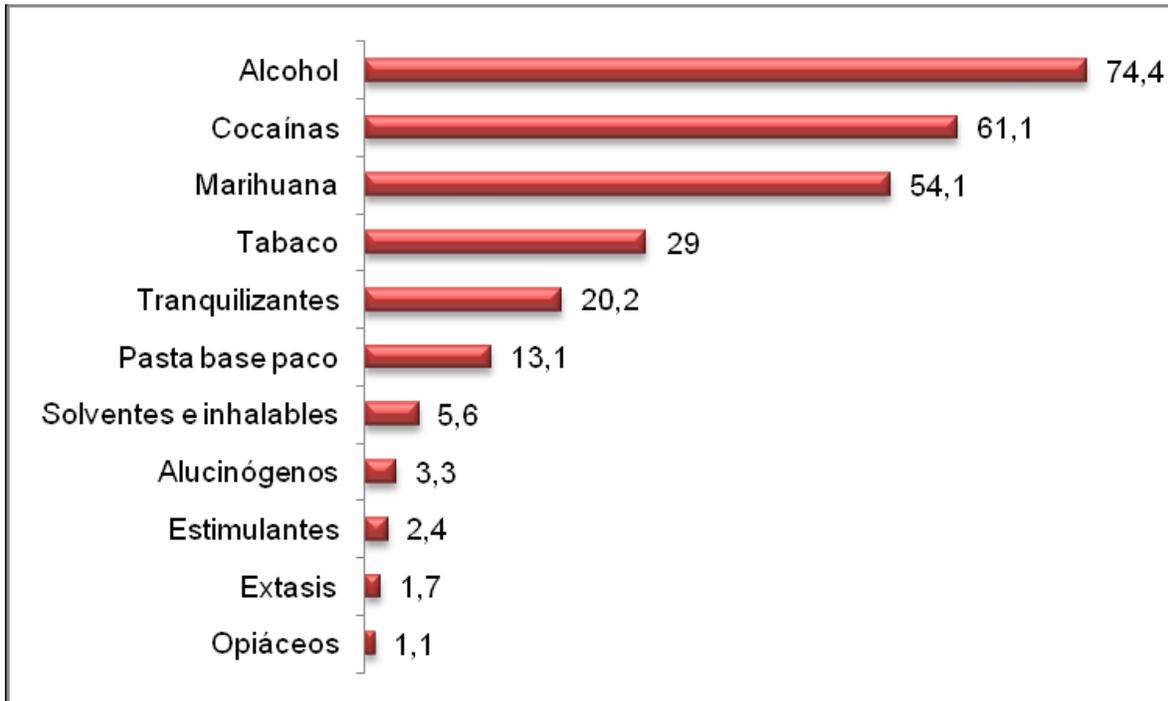
Por otro lado, de los pacientes que declararon consumo simultáneo de dos o más sustancias en el momento de mayor consumo en el transcurso de un mes el 92% ha consumido estas sustancias en una misma salida.

Tabla 5: Distribución porcentual de los pacientes por sexo según tipo de droga de inicio (N=1171).

| Cantidad de sustancias | Porcentaje |
|-------------------------------|-------------------|
| Dos | 51,5% |
| Tres | 31,8% |
| Cuatro | 12,0% |
| Cinco | 3,6% |
| Seis | 0,9% |
| No sabe/ No contesta | 0,3% |
| Total | 100% |

El número de sustancias involucradas en situaciones de policonsumo en su mayoría se trata de dos o tres sustancias.

Figura 4: Drogas involucradas, en porcentaje, en el policonsumo según pacientes con policonsumo (N=1771).



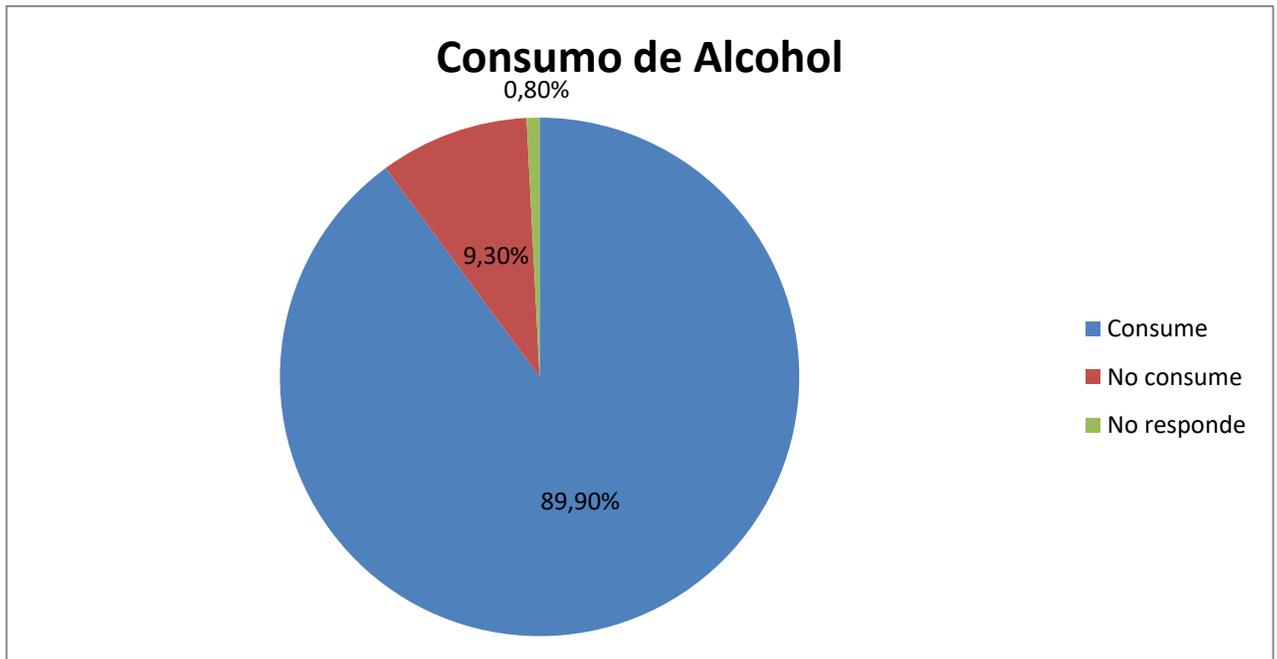
Las sustancias principalmente involucradas en situaciones de policonsumo por los pacientes encuestados son alcohol, cocaína y marihuana

Fase dos. Detección de las creencias acerca de los efectos de las drogas en los consumidores de sustancias. Relación entre las creencias, los patrones consumo y los perfiles sociodemográficos en jóvenes de 18 a 30 años.

Descripción de la muestra

La muestra se constituyó por 643 estudiantes, de los cuales 408 son mujeres y 218 son hombres. La media de edad 23,42 años (DE=1,09), la mediana= 23 años y el modo= 23 años.

Figura 5: Valores porcentuales de consumo de alcohol de la muestra estudiada (N=643).



Respecto a la frecuencia actual de consumo de alcohol, el 73,7% afirma consumir más de dos veces al mes, el 18,4% consume una vez cada dos meses, mientras que el 3,9% dice no haber consumido en el último año y el 3,9% alega no haber consumido nunca.

En cuanto a si realizan consumo concentrado (CIA) el 29,1% dice hacerlo actualmente, el 48,9% afirmó ya no hacerlo pero lo ha hecho alguna vez y el 21,1% contestó nunca haber bebido de esa manera.

De acuerdo al auto informe el 3,3% no se ha emborrachado nunca, mientras que un 94% sí se ha emborrachado alguna vez. De éstos últimas el 30,2% manifestó haber tenido previsto emborracharse y el 67,4% se le fue la mano cuando consumió alcohol.

En relación al policonsumo, el 47,5% afirma haber consumido más de una sustancias en ocasión de una salida. Las sustancias mencionadas, además del alcohol, son el tabaco, marihuana y la cocaína.

Para establecer el patrón de consumo de alcohol, se agrupó a los sujetos según los gramos de alcohol consumido durante la semana, se constató que el día en que más se consume alcohol es el día sábado por la noche (media 62,57 gramos), seguido del viernes por la noche (media de 52,39 gramos).

Se consideró Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) a los sujetos que informaron una la ingesta de 40 gramos o más de alcohol, en caso de las mujeres, y 60 gramos o más, en el caso de los varones durante un período de tiempo de unas 2 horas, lo implicaría alcanzar una alcoholemia de 0,8 g/l (Hingson, 2004; NIAAA, 2004; McAlaney y McMahon, 2006).

Aplicando este criterio el 48,1% (N= 309) realiza consumo del tipo CIA. De estos sujetos el 43,7% lo hace una vez por semana, el 49,8% lo hace dos veces por semana y el 6,4% lo hace tres o más veces por semana. Dentro del sub grupo CIA el 64,5% pueden considerarse policonsumidores ya que informan consumir 2 sustancias o más.

En base al criterio de la cantidad de alcohol consumido se dividió a los sujetos de acuerdo al patrón de consumo CIA (media de consumo 86,88 gramos de alcohol) o NoCIA (media de consumo 26,1 gramos de alcohol). Tomando los días sábado por la noche como el día que más habitualmente se realiza consumo concentrado, se decidió tomar al mismo como base de referencia para analizar las relaciones que se establecen entre el tipo de consumo (CIA, NoCIA), en tanto variable independiente, y el tipo de creencias adictivas (anticipatorias, alivio y permisivas).

Estudio de las creencias adictivas según el Patrón de Consumo CIA o NoCIA

Los puntajes medios obtenidos por los sujetos para cada una de las escalas de Creencias (Totales, Anticipatorias, Alivio y Permisivas) se observan en la tabla siguiente.

Tabla 6: Puntajes medios obtenidos por los sujetos para cada una de las escalas de Creencias.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. | Varianza |
|--------------------------|-----|--------|--------|---------|------------|----------|
| Total Creencias | 637 | 18,00 | 78,00 | 33,7912 | 11,37464 | 129,382 |
| Creencias Anticipatorias | 639 | 7,00 | 28,00 | 14,2207 | 4,72104 | 22,288 |
| Creencias de Alivio | 641 | 6,00 | 30,00 | 9,8471 | 4,64203 | 21,548 |
| Creencias Permisivas | 640 | 5,00 | 30,00 | 9,7594 | 3,63364 | 13,203 |

A los fines de analizar la relación entre los patrones de consumo de alcohol, variable independiente, y las Creencias, variable dependiente, se dividió a los sujetos entre los que realizaban un consumo intensivo (CIA) y lo que no lo hacían; tomando como criterio de asignación al grupo los gramos de alcohol consumido en ocasión del día de mayor consumo. La tabla siguiente muestra las medias y la desviación típica de los puntajes obtenidos en la escala de Creencias Totales para cada uno de los grupos CIA y No CIA.

Tabla 7: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en la escala de Creencias Totales para cada uno de los grupos CI y No CIA.

| Variable dependiente: Total Creencias | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------|-----|
| CIA o NO | Media | Error Típico | N |
| Si | 36,9639* | 0,68082 | 305 |
| No | 30,8765 | 0,55147 | 332 |
| Total | 33,7912 | 0,45068 | 637 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de los grupos son estadísticamente significativas. $F 48,963$, $gl 636$, $p 0,000$.

Escala de Creencias Anticipatorias

Tabla 8: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en la escala de Creencias Anticipatorias para cada uno de los grupos.

| Variable dependiente: Creencias Anticipatorias | | | |
|--|---------|--------------|-----|
| CIA o NO | Media | Error Típico | N |
| Si | 15,5765 | 0,27790 | 307 |
| No | 12,9669 | 0,23129 | 332 |
| Total | 14,2207 | 0,18676 | 639 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F 52,687$, $gl 638$, $p 0,000$.

Creencias de Alivio

Tabla 9: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en la escala de Creencias Alivio para cada uno de los grupos.

| Variable dependiente: Creencias de Alivio | | | |
|---|----------|--------------|-----|
| CIA o NO | Media | Error Típico | N |
| Si | 10,8799* | 0,29103 | 308 |
| No | 8,8919 | 0,21583 | 333 |
| Total | 9,8471 | 0,18335 | 641 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F(30,708, 640) = 0,000$.

Creencias Permisivas

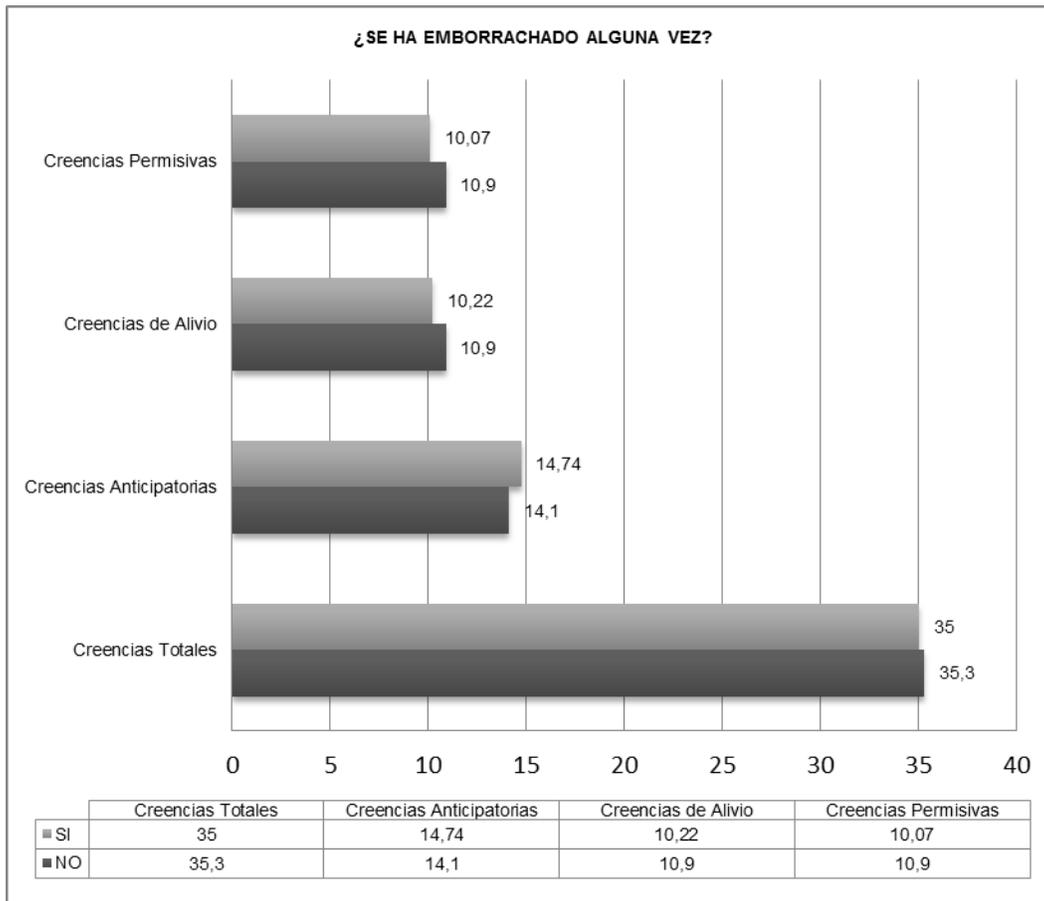
Tabla 10: Medias y la Error típico de los puntajes obtenidos en la escala de Creencias Permisivas para cada uno de los grupos.

| Variable dependiente: Creencias Permisivas | | | |
|--|----------|--------------|-----|
| CIA o NO | Media | Error Típico | N |
| Si | 10,5668* | 0,20659 | 307 |
| No | 9,0150 | 0,19123 | 333 |
| Total | 9,7594 | 0,14363 | 640 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F(30,476, 639) = 0,000$.

A fin de analizar la posible relación entre los episodios de intoxicación aguda (borrachera), en tanto variable independiente, y las creencias (variable dependiente) se realizó una comparación entre los puntajes obtenidos para cada grupo (Borrachera Si o NO) en cada uno de las escalas de Creencias tal como se observa en siguiente gráfico.

Figura 6: Medias de los puntajes obtenidos en las escalas de creencias, según si hubo o no episodio de borrachera.



Los ANOVAs de una vía realizados para comparar los sujetos agrupados según habían tenido o no un episodio de borrachera mostraron que en ningún caso las diferencias en los puntajes medios en las diferentes escalas de Creencias son estadísticamente significativas.

A partir de este resultado se seleccionaron los sujetos que si presentaban episodios de borrachera dividiéndolos a su vez en dos grupos, según hayan premeditado el episodio o bien se “pasaron de la raya” o “se les fue la mano”. Es decir, si las veces que llegaron a la borrachera lo tenían previsto, querían llegar a ella (N=158); o si se habían emborrachado sin intención de hacerlo (N=353). El

total de la muestra quedó reducido a los que informaron haberse emborrachado (N=510).

Una vez agrupados según este criterio se compararon las medias de los puntajes obtenidos para cada una de las escalas de creencias.

Creencias Totales

Tabla 11: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias totales.

| Variable dependiente: Total Creencias | | | |
|---------------------------------------|---------|--------------|-----|
| Intención de emborracharse | Media | Error Típico | N |
| Tenía previsto emborracharse | 38,0573 | 0,87861 | 157 |
| Se le fue la mano | 33,6544 | 0,59310 | 353 |
| Total | 35,0098 | 0,49223 | 510 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. F 16,941, gl 509, p 0,000.

Creencias Anticipatorias

Tabla 12: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias anticipatorias.

| Variable dependiente: Creencias Anticipatorias | | | |
|--|---------|--------------|-----|
| Intención de emborracharse | Media | Error Típico | N |
| Tenía previsto emborracharse | 16,0190 | 0,35520 | 158 |
| Se le fue la mano | 14,1780 | 0,24667 | 354 |
| Total | 14,7461 | 0,20340 | 512 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. F 17,445, gl 511, p 0,000.

Creencias de Alivio

Tabla 13: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias de alivio.

| Variable dependiente: Creencias de Alivio | | | |
|---|---------|--------------|-----|
| Intención de emborracharse | Media | Error Típico | N |
| Tenía previsto emborracharse | 11,1835 | 0,39148 | 158 |
| Se le fue la mano | 9,8056 | 0,24288 | 355 |
| Total | 10,2300 | 0,20528 | 513 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F_{9,395, 512, p} 0,002$.

Creencias Permisivas

Tabla 14: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias permisivas.

| Variable dependiente: Creencias Permisivas | | | |
|--|---------|--------------|-----|
| Intención de emborracharse | Media | Error Típico | N |
| Tenía previsto emborracharse | 10,8165 | 0,24768 | 158 |
| Se le fue la mano | 9,7486 | 0,19492 | 354 |
| Total | 10,0781 | 0,15430 | 512 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F_{10,049, 511, p} 0,002$.

Con el objetivo de analizar la posible relación entre el policonsumo de sustancias y las creencias de los sujetos que consumían alguna sustancia fueron agrupados según realicen o no el consumo de más de una sustancias. Para esto se seleccionaron los sujetos que informaron hacer o no policonsumo (N=531).

Creencias Totales

Tabla 15: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias totales.

| Variable dependiente: Total Creencias | | | |
|---------------------------------------|---------|--------------|-----|
| Policonsumo | Media | Error Típico | N |
| No | 30,8026 | 0,65278 | 228 |
| Si | 38,0528 | 0,66489 | 303 |
| Total | 34,9397 | 0,49639 | 531 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F 57,877$, $gl 530$, $p 0,000$.

Creencias Anticipatorias

Tabla 16: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias anticipatorias.

| Variable dependiente: Creencias Anticipatorias | | | |
|--|---------|--------------|-----|
| Consume otras sustancias | Media | Error Típico | N |
| No | 13,1316 | 0,30199 | 228 |
| Si | 15,8656 | 0,25899 | 303 |
| Total | 14,6961 | 0,20499 | 531 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F 47,337$, $gl 532$, $p 0,000$.

Creencias de Alivio

Tabla 17: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias alivio.

| Variable dependiente: Creencias de Alivio | | | |
|---|---------|--------------|-----|
| Consume otras sustancias | Media | Error Típico | N |
| No | 8,7879 | 0,23041 | 228 |
| Si | 11,3355 | 0,30366 | 303 |
| Total | 10,2355 | 0,20636 | 531 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F_{40,133, gl 534, p 0,000}$.

Creencias Permisivas

Tabla 18: Medias y Error típico de los puntajes obtenidos en de las escalas de creencias permisivas.

| Variable dependiente: Creencias Permisivas | | | |
|--|---------|--------------|-----|
| Consume otras sustancias | Media | Error Típico | N |
| No | 8,8739 | 0,22638 | 228 |
| Si | 10,9309 | 0,19630 | 303 |
| Total | 10,0449 | 0,15460 | 531 |

La prueba de ANOVA de una vía indicó que las diferencias observadas en los puntajes medios de cada grupo son estadísticamente significativas. $F_{47,167, gl 533, p 0,000}$.

Análisis de conglomerados

A los fines de establecer un perfil de los consumidores se procedió a realizar un Análisis de Conglomerados (*Cluster*). El Análisis Conglomerado es un conjunto de técnicas que se utilizan para ordenar los casos en grupos relativamente homogéneos llamados conglomerados (*Clusters*). Los objetos en cada grupo (conglomerado) tienden a ser similares entre sí (alta homogeneidad interna, dentro

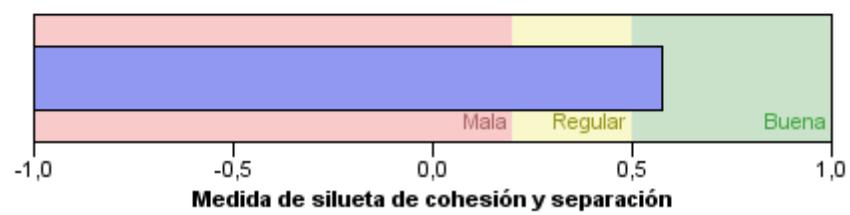
del conglomerado) y diferentes a los objetos de los otros grupos (alta heterogeneidad externa, entre conglomerados) con respecto a algún criterio de selección predeterminado. De este modo, si la clasificación es un éxito, los objetos dentro de cada conglomerados estarán muy cercanos unos de otros en la representación geométrica, y los conglomerados diferentes estarán muy apartados (Alaminos et al, 2016).

Para el Análisis de conglomerados y teniendo en cuenta los resultados anteriores se seleccionaron sólo los sujetos que realizaban consumo intensivo de alcohol (CIA) y, con el mismo criterio, para construir los conglomerados se utilizaron las variables: Sexo, Policonsumo, Gramos de alcohol en ocasión de CIA y Número de veces que realizan CIA en la semana. El análisis de conglomerados se hizo sobre aquellos sujetos que contaban con datos completos en cada variable (N=295). El resumen del análisis y las características de cada conglomerado se muestran a continuación.

Resumen de modelo

| | |
|----------------------|-----------|
| Algoritmo | Bietápico |
| Entradas | 4 |
| Conglomerados | 4 |

Calidad de conglomerado



Conglomerados

Importancia de entrada (predictor)

1,0
 0,8
 0,6
 0,4
 0,2
 0,0

| Conglomerado | 4 | 1 | 3 | 2 |
|--------------------|--|--|--|--|
| Etiqueta | | | | |
| Descripción | | | | |
| Tamaño | 38,0% (112) | 26,8% (79) | 24,4% (72) | 10,8% (32) |
| Entradas | Consume otras sustancias Si (100,0%) | Consume otras sustancias Si (100,0%) | Consume otras sustancias No (100,0%) | Consume otras sustancias No (100,0%) |
| | Sexo b.mujer (100,0%) | Sexo a.hombre (100,0%) | Sexo b.mujer (100,0%) | Sexo a.hombre (100,0%) |
| | Gramos_Maximo_ Consumo 85,27 | Gramos_Maximo_ Consumo 104,28 | Gramos_Maximo_ Consumo 71,88 | Gramos_Maximo_ Consumo 92,34 |
| | BingeSemana 1,66 | BingeSemana 1,68 | BingeSemana 1,60 | BingeSemana 1,47 |

De esta manera quedaron conformados cuatro conglomerados a saber:

Conglomerado 1: Policonsumidor, Varón, un promedio de 104,28 gramos de ingesta de alcohol, un promedio de 1,68 episodios de CIA a la semana. A cual se denominó: Policonsumidor Varón ((N=79).

Conglomerado 2: NoPoliconsumidor, Varón, un promedio de 92,34 gramos de ingesta de alcohol, un promedio de 1,47 episodios de CIA a la semana. A cual se denominó: NOPoliconsumidor Varón (N=32).

Conglomerado 3: NoPoliconsumidor, Mujer, un promedio de 71,88 gramos de ingesta alcohol, un promedio de 1,60 episodios de CIA a la semana, Al cual se denominó: NoPoliconsumidor Mujer (N=72).

Conglomerado 4: Policonsumidor, Mujer, un promedio de 85,27 gramos de ingesta de alcohol, un promedio de 1,66 episodios de CIA a la semana. A cual se denominó: Policonsumidor Mujer.(N=112).

La capacidad discriminante de las variables para agrupar los sujetos de cada conglomerado fue de mayor a menor: realización de policonsumo, sexo, gramos de alcohol consumido y episodios de CIA por semana.

Con estos conglomerados, tomados como variable independiente, se realizó un análisis de varianza de una vía (ANOVA) a fin de comparar los puntajes promedios obtenidos en cada una de las escalas de Creencias, en tanto variable dependiente.

Creencias Totales

Tabla 19: puntajes promedio obtenidos en la escala de Creencias totales para cada uno de los conglomerados.

| Total Creencias | | | | |
|-----------------|-----|-----------|-------------------|--------------|
| | N | Media | Desviación típica | Error típico |
| Conglomerado 1 | 79 | 41,3117 | 13,37541 | 1,52427 |
| Conglomerado 2 | 32 | 31,8750** | 8,99373 | 1,58988 |
| Conglomerado 3 | 72 | 33,7286* | 10,20787 | 1,22007 |
| Conglomerado 4 | 112 | 37,7768 | 11,78846 | 1,11390 |
| Total | 295 | 37,0893 | 12,00656 | 0,70384 |

La prueba de ANOVA indicó que las diferencias observadas entre los grupos definidos por los Conglomerados son estadísticamente significativas. $F_{10,226, 290}$, $p < 0,000$.

El análisis post hoc realizado, mediante la prueba Waller-Duncan, indicó que los puntajes del Conglomerado 2 (NoPoliconsumidor Varón) tienen una diferencia estadísticamente significativa con los puntajes promedio de los Conglomerado 1 (Policonsumidor Varón) y Conglomerado 4 (Policonsumidor Mujer) pero no con la media de puntaje del Conglomerado 3 (NoPoliconsumidor Mujer). A su vez los puntajes del Conglomerado 3 no son diferentes del Conglomerado 4 pero si del Conglomerado 1.

Creencias Anticipatorias

Tabla 20: puntajes promedio obtenidos en la escala de Creencias anticipatorias para cada uno de los conglomerados.

| Creencias Anticipatorias | | | | |
|--------------------------|-----|----------|-------------------|--------------|
| | N | Media | Desviación típica | Error típico |
| Conglomerado 1 | 79 | 16,9747 | 4,89630 | 0,55088 |
| Conglomerado 2 | 32 | 14,0625* | 4,45723 | 0,78794 |
| Conglomerado 3 | 72 | 14,2143* | 4,64974 | 0,55575 |
| Conglomerado 4 | 112 | 16,0714 | 4,83366 | 0,45674 |
| Total | 295 | 15,6519 | 4,88024 | 0,28511 |

La prueba de ANOVA indicó que las diferencias observadas entre los grupos definidos por los Conglomerados son estadísticamente significativas. $F 7,814$, $gl 292$, $p 0,001$.

El análisis post hoc realizado, mediante la prueba Waller-Duncan, indicó que los puntajes del Conglomerado 2 (NoPoliconsumidor Varón) y del Conglomerado 3 (NoPoliconsumidor Mujer) tienen una diferencia estadísticamente significativa con los puntajes promedio de los Conglomerado 1 (Policonsumidor Varón) pero no con los del Conglomerado 4 (Policonsumidor Mujer).

Creencias de Alivio

Tabla 21: Puntajes promedio obtenidos en la escala de Creencias de alivio para cada uno de los conglomerados.

| Creencias de Alivio | | | | |
|---------------------|-----|---------|-------------------|--------------|
| | N | Media | Desviación típica | Error típico |
| Conglomerado 1 | 79 | 12,9231 | 6,23723 | 0,70623 |
| Conglomerado 2 | 32 | 8,8125* | 2,90092 | 0,51281 |
| Conglomerado 3 | 72 | 9,7361* | 3,71139 | 0,43739 |
| Conglomerado 4 | 112 | 10,8750 | 5,13621 | 0,48533 |
| Total | 295 | 10,9150 | 5,13267 | 0,29934 |

La prueba de ANOVA indicó que las diferencias observadas entre los grupos definidos por los Conglomerados son estadísticamente significativas. $F 8,350$, $gl 293$, $p 0,000$.

El análisis post hoc realizado, mediante la prueba Waller-Duncan, indicó que los puntajes del Conglomerado 2 (NoPoliconsumidor Varón) y del Conglomerado 3 (NoPoliconsumidor Mujer) tienen una diferencia estadísticamente significativa con los puntajes promedio de los Conglomerado 1 (Policonsumidor Varón) pero no con los del Conglomerado 4 (Policonsumidor Mujer).

Creencias Permisivas

Tabla 22: Puntajes promedio obtenidos en la escala de Creencias permisivas para cada uno de los conglomerados.

| Creencias Permisivas | | | | |
|----------------------|-----|----------|-------------------|--------------|
| | N | Media | Desviación típica | Error típico |
| Conglomerado 1 | 79 | 11,6667 | 3,65977 | 0,41439 |
| Conglomerado 2 | 32 | 9,0000** | 2,83981 | 0,50201 |
| Conglomerado 3 | 72 | 9,7183* | 3,82168 | 0,45355 |
| Conglomerado 4 | 112 | 10,8304 | 3,48972 | 0,32975 |
| Total | 295 | 10,5836 | 3,64861 | 0,21315 |

La prueba de ANOVA indicó que las diferencias observadas entre los grupos definidos por los Conglomerados son estadísticamente significativas. $F 8,416$, $gl 292$, $p 0,000$.

El análisis post hoc realizado, mediante la prueba Waller-Duncan, indicó que los puntajes del Conglomerado 2 (NoPoliconsumidor Varón) tienen una diferencia estadísticamente significativa con los puntajes promedio de los Conglomerado 1 (Policonsumidor Varón) y del Conglomerado 4 (Policonsumidor Mujer), pero no de los puntajes del Conglomerado 3 (NoPoliconsumidor Mujer) los cuales difieren sólo del Conglomerado 1 pero no de los puntajes del Conglomerados 4 (Policonsumidor Mujer).

DISCUSIÓN

Si bien las drogas han estado presente en todas nuestras sociedades, sus significaciones y usos han variado a lo largo del tiempo, no dependiendo tanto de sus características farmacológicas sino de los discursos, pensamientos y creencias que se construyen en torno a éstas, de las relaciones de hegemonía-subalternidad que los conjuntos sociales y sujetos hacen sobre ellas, y no sólo de lo que las drogas hacen con los sujetos (Romaní, 2000 citado en Arrellano et al, 2003).

En sintonía con la hegemonía de una cultura consumista, las drogas y el alcohol se presentan como un objeto más de consumo que el mercado lanza y promociona, naturalizando su uso y disminuyendo la percepción de riesgo (Gómez, 2012; del Castillo, 2012; Noriega et al, 2015).

Las drogas y alcohol aparecen como medio suficiente para alcanzar las exigencias y los imperativos que la sociedad impone en esta época; en tanto a lo que se refiere a la diversión (drogas recreativas), a alcanzar una mejor performance en el trabajo, sexo, deporte etc. (drogas para el estilo de vida o de performance) o estados que se buscan en el “salir de marcha”; por ejemplo, logrando el estado de embriaguez mediante los fenómenos como la previa o botellón, o el policonsumo (Gómez, 2013; de Fonseca, 2006; Mansilla, 2008).

La meta del presente trabajo es el estudio exhaustivo no sólo sobre los aspectos conductuales (patrones de consumo) sino también sobre los determinantes cognitivos (creencias adictivas), aspecto importante a tener en cuenta a la hora de predecir una determinada conducta respecto al consumo de drogas y alcohol por los jóvenes.

Para ello, se estudiaron los patrones de consumo de las sustancias psicoactivas, los perfiles sociodemográficos de los consumidores y el rol de las creencias en el consumo y abuso de sustancias. El apartado empírico se realizó en dos fases. En

la primera fase se utilizó una fuente secundaria de datos con el objetivo de establecer las características del consumo y de los consumidores. En la segunda fase se diseñó un estudio de campo con el objetivo de evaluar los factores cognitivos asociados a ciertos tipos de consumo.

En la fase 1 de la investigación se observó que las principales drogas de inicio para ambos sexos son las drogas legales. El inicio con alcohol no presenta diferencias según sexo, sin embargo se iniciaron con tabaco en mayor medida las mujeres que los hombres. Los hombres consumieron como droga de inicio en mayor proporción marihuana, cocaína, y solventes, mientras que las mujeres superan a los hombres en el inicio con tranquilizantes y opiáceos. Estos datos son compatibles con los resultados reportados a nivel internacional (Avilés, 2010; Sánchez-Queija et al, 2015).

De acuerdo a los resultados obtenidos es evidente que existe la tendencia de consumir varias sustancias simultáneamente; el alcohol adquiere importancia en el policonsumo como droga “eje”; alrededor de su consumo se articulan los usos de otras sustancias como el cannabis, nicotina, cocaína, drogas de diseño, etc, (OAD, 2012).

Tal como se señaló en otros reportes de investigación (OAD, 2012; 2013) generalmente el alcohol es la sustancia elegida para comenzar la noche, a la cual se le añaden otras, para finalizar con el consumo de pastillas para dormir y/o tranquilizantes, esto último cumple una función más bien a posteriori, cuando los jóvenes tienen necesidad de parar y amortiguar los efectos de sustancias estimulantes. Los nuevos patrones de consumo rompen con la categoría clásica de consumidores de una sola sustancia (Calafat et al, 1999; Kam et al, 2009; McMillan & Conner, 2003).

Los resultados obtenidos en ambas fases de la investigación indican que el policonsumo es una característica común en nuestra época y aparece como un

rasgo epidemiológico concluyente de los consumidores actuales (OAD, 2010; 2013; Kam et al, 2009). En la primera fase se observó policonsumo en la mayoría de la población con diagnóstico de consumo problemático en centros de tratamiento. Mientras que en la fase 2 se verificó que realizan policonsumo el 47,5% de los sujetos encuestados.

Los resultados de ambas fases de esta investigación son concordantes con los antecedentes (OAD, 2012; 2013) que señalan a esta modalidad de policonsumo como la característica más prevalente tanto en aquellos consumos categorizados y/o diagnosticados como problemáticos, relevados en los centros de tratamiento, como en los consumos habituales evaluados en los jóvenes en general mediante los registros utilizados en la Fase 2 (OAD, 2010; 2013; Matsunaga et al, 2009).

La evidencia obtenida refuerza la noción de que en la triada diversión-desinhibición-descontrol, se generan las condiciones para cimentar la idea de mezclar “lo que venga”. El ejemplo paradigmático de esta idea de “lo que venga” es la “jarra loca” (Del Zotto et al, 2010).

Por las características de los jóvenes, la centralidad del tiempo libre y las significaciones actuales en torno a la diversión aparecen como el grupo etéreo en el que se centralizan los imperativos sociales y las ofertas que el mercado lanza para el consumo (López et al, 2014). Si bien para definir las nuevas formas de consumo se habla de jóvenes, esto no implica que sean los únicos consumidores.

No debemos pasar por alto que existe una tradición extendida desde mediados del siglo XX, transmitida por los adultos, centrada en un modelo de ocio nocturno en donde el alcohol y los consumos acompañan la diversión (Becoña et al, 2013). A esta tradición se suma una variación en el modo de consumo de alcohol que desde los años 70 caracteriza el estilo joven: consumo de grandes cantidades de alcohol de alta graduación fuera de las comidas, diferenciándose del consumo más adulto limitado a beber durante las comidas, bebidas fermentadas y sin alcanzar la embriaguez en la mayoría de las ocasiones (Kelly et al, 2013; Becoña et al, 2013).

Los resultados obtenidos en la fase 2 muestran que la proporción encontrada de Consumidores Intensivos de Alcohol (CIA) es similar a la de investigaciones llevadas a cabo con poblaciones similares (Baigorri et al, 2004; Cortés, 2006, 2008; 2010; Cortés et al, 2007; 2008; GiesyT, 2001; Navarrete, 2004; Cortés Tomás et al, 2014; Rowe et al, 2016; Sudhinaraset et al, 2016) siendo también levemente superior a la recogida en encuestas epidemiológicas nacionales (OAD, 2010; 2012; 2015). Sin embargo, en todas se apunta la misma tendencia al observarse un incremento en el porcentaje de Consumidores Intensivos conforme aumenta la edad de los entrevistados.

Se observa que la modalidad de consumo intensivo (CIA) se realiza mayoritariamente los días sábados por la noche. En su trabajo Laespada et al., (2004) asegura la existencia de una relación clara entre consumo de alcohol y la noche, este patrón es característico del consumo binge, que se presenta los fines de semana, en donde se ingieren grandes cantidades de alcohol, en cortos periodos de tiempo (Becoña et al, 2013).

Un dato a señalar en el perfil de los pacientes (fase 1) en tratamiento es la condición de solteros. En general lo que motiva a los jóvenes a consumir es “divertirse”. En este sentido los jóvenes responden a motivaciones, quizás más características de su etapa evolutiva como: no quedarse solos, interactuar, conocer gente, para incrementar las probabilidades de una relación sexual y/o afectiva.

En este contexto de vida nocturna se afianza la idea de que las sustancias funcionan como agentes de socialización; de esta manera es central la expectativa acerca de las sustancias, por lo que las consecuencias de las sustancias no son simplemente resultado de sus efectos fisiológicos, sino que también vienen determinadas por las creencias del joven sobre esos efectos (Oei y Baldwin, 1994). Por ejemplo, las personas que han consumido alcohol se comportan de

acuerdo con sus expectativas acerca de los efectos del alcohol, incluso cuando en realidad reciben un placebo (Marlatt y Rohensow, 1980; Acuña et al, 2013).

Diversas investigaciones (Marlatt y Rohensow, 1980; Oei y Baldwin, 1994; Noriega et al, 2015; Moreno, 2015) indican que las expectativas emergen antes de que una persona tenga una experiencia real con la sustancia basándose en sus creencias sobre esta y en sus percepciones de cómo consumen otras personas y reaccionan a esa sustancia. Esto viene apoyado al observar que niños muy pequeños y adolescentes muestran expectativas muy similares a las de los adultos (Miller et al, 1990; Noriega et al, 2015). Las expectativas influyen en la percepción, de tal forma que las situaciones de consumo se perciben de manera selectiva con el fin de confirmarlas. Por ejemplo, una persona puede focalizarse en la gente, divertirse en una fiesta y no atender a otras que se muestren indispuestas como consecuencia del consumo. En esta última situación, los jóvenes no son sensibles a estímulos que contradigan las propias expectativas (Oei y Baldwin, 1994; Moreno, 2015).

Ahora bien, en la comparación de los grupos conformados por el tipo de consumo (CIA, No CIA) y su relación con las creencias adictivas (anticipatorias, de alivio y permisivas), los resultados de la fase 2 mostraron que la media de los puntajes obtenidos en las escalas de las creencias adictivas son mayores para el grupo de consumo CIA. Recordando que estas creencias hacen referencia a las expectativas de recompensa, a conductas agradables y de placer se puede inferir que los jóvenes asocian la idea de consumo de alcohol con la satisfacción y la diversión, que su vez están relacionadas con la mejor sociabilidad y el reconocimiento entre sus pares. A medida que la persona encuentra mayor satisfacción al consumir determinada sustancia, desarrolla creencias románticas que predicen el escape y la satisfacción (Gómez et al, 2008; Luque et al, 2010; Cortés et al, 2011; Martínez González & Vardejo García, 2012; Gómez et al, 2012; León Segarra, 2015; Martínez-González et al, 2016).

A partir de los resultados obtenidos, es importante destacar que la cultura actual provee a los jóvenes una serie de afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y de sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos de los jóvenes, regulando el comportamiento sobre el consumo (Londoño Pérez et al, 2005). Así como también afirma Cassola et al (2005) que las expectativas positivas incrementan la probabilidad de que los jóvenes aumenten el consumo.

Las creencias hacia el consumo son positivas o negativas dependiendo de lo deseable que sean los efectos para el individuo. Diversos estudios (Londoño Pérez et al, 2005; Martínez González & Verdejo García, 2011; Cassola et al, 2005) han identificado que la existencia de expectativas negativas guarda una relación estrecha con el bajo consumo de alcohol, no siendo así para las expectativas positivas que incrementan la probabilidad de que los jóvenes aumenten el consumo. A esto podemos agregar que es a partir de las creencias globales hacia el consumo que se genera la actitud hacia la conducta de consumir o no determinada sustancia.

Una de las conclusiones posibles del presente estudio es que los jóvenes consumen alcohol buscando alcanzar un mejor nivel de interacción social, es así que consumen acompañados de sus amigos o pares obteniendo ciertos beneficios de reconocimiento y aceptación. Londoño Pérez et al. (2005), afirman que el efecto deseado del consumo cumple la función de refuerzo, y se encuentra asociado a la búsqueda de los individuos por alcanzarlo. Las situaciones sociales o los encuentros entre pares, son momentos en los que los jóvenes desean ser más sociables, agradables y menos inhibidos, y el alcohol viene a ofrecer la posibilidad de que se sientan más divertidos y menos tímidos (Martínez-González, et al, 2016).

Es de destacarse en los resultados obtenidos que la existencia de episodios de borrachera (emborracharse alguna vez o no) no estaría asociada con las

creencias de los sujetos, ya que no se presentaron diferencias entre los puntajes obtenidos en las escalas de creencias de los sujetos que se emborracharon, de aquellos que no lo hicieron. Por tanto, la existencia o no de episodios de intoxicación denominados borracheras, no tendría relación con las creencias que poseen los sujetos de la muestra estudiada en la fase dos.

Tomando como base el rol que juegan las expectativas en relación a los efectos de las sustancias (Oei y Baldwin, 1994), son destacables los resultados que indican que los puntajes obtenidos en las diferentes escalas de creencias se manifiestan de manera diferencial en los sujetos que se emborracharon premeditadamente, con respecto de los sujetos que no lo planificaron. De este resultado es posible inferir que los individuos que planifican emborracharse poseen más creencias adictivas, que aquellos que llegan a ese estado sin proponérselo. Estos resultados reafirman el rol que juegan las expectativas en los patrones de consumo (Cassola et al, 2005) y cómo éstos se relacionan con las creencias, en tanto esquema de pensamiento (Beck et al, 1995; Vila, 2015).

Los resultados obtenidos en este trabajo fortalecen la perspectiva teórica que sostiene que los consumidores de cualquier sustancia psicoactiva poseen ciertos pensamientos asociados al consumo y/o abuso de drogas, y que pueden, o no, ser conscientes de éstos (Martínez González & Verdejo García, 2012; Martínez-González et al, 2015). Los pensamientos o esquemas denominados creencias adictivas, son las que Beck et al (1999) definen como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape.

Las creencias adictivas se conforman por ideas disfuncionales tales como la creencia de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio emocional y psicológico; la idea de que la sustancia mejorará el funcionamiento intelectual y social; la posibilidad de que se encontrará placer y excitación utilizando alguna sustancia; la idea de que dará más fuerza, energía y poder; la

aseveración de que calmará el dolor; el supuesto de que aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión; y la certeza de que al menos que se haga algo para satisfacer el craving, éste continuará eternamente y con toda seguridad empeorará (Martínez González & Verdejo García, 2011).

Las ideas que asocian el consumo con la satisfacción de variadas necesidades sociales, hedónicas y emocionales son compatibles con un clima de época, donde el consumismo es un atributo central de la sociedad actual y se convierte en la principal fuerza que pone en movimiento a toda la sociedad de consumidores. Una época donde el consumo ha desplazado al trabajo como principal actividad movilizadora de la sociedad (Bauman, 2012).

En la segunda parte de la fase 2 de los resultados se realizó un análisis de conglomerados. Este procedimiento tuvo en cuenta la afirmación de algunos autores (Cortés et al, 2010) que sostienen que no se puede hablar de un único tipo de Consumo Intensivo de Alcohol, ya que en sus investigaciones se ha demostrado la existencia de diferentes tipologías de Consumidores Intensivos. Por este motivo en esta tesis se ha realizado este procedimiento estadístico de clasificación (análisis clúster) para explorar la existencia o no de un patrón uniforme de CIA en función de variables Sexo, Policonsumo, Gramos de alcohol en ocasión de CIA y Número de veces que realizan CIA.

El resultado de este análisis de conglomerados muestra un agrupamiento en cuatro grupos diferentes (dos de varones y dos de mujeres). En los subgrupos obtenidos la variable que mejor los discrimina es la realización o no del policonsumo. Esto pone en relevancia este patrón de consumo como determinante en el perfil de consumidor (OAD, 2010; 2013; Kan et al, 2009; Sánchez-Queija et al, 2015).

Por otro lado, de las características de los conglomerados obtenidos llama la atención que las mujeres consuman cantidades similares de alcohol que los

varones. El grupo policonsumidor de varones consume, en ocasión de CIA, más gramos de alcohol (104,28 gramos) que el de mujeres (85,27 gramos). Sin embargo, la media de consumo en ambos grupos supera con creces el tope que define el Consumo Intensivo en los varones (60 gramos) y las mujeres (40 gramos) (Hingson, 2004; NIAAA, 2004; McAlaney y McMahan, 2006).

Es importante señalar este hecho ya que, como se ha puesto de manifiesto en la Introducción de la tesis, el límite indicado en la definición de este patrón marca una línea, a partir de la cual el consumo de un cantidad mayor de alcohol pone al bebedor en un riesgo de experimentar problemas asociados a su consumo, y/o pone a sus compañeros en un riesgo incrementado de experimentar problemas colaterales derivados del mismo (Borsari y Carey, 2000; 2001; Marlatt et al, 1998; Wechsler et al, 2000; Wechsler y Nelson, 2001).

Otro variable del análisis de conglomerados en el que ambos grupos (varones y mujeres CIA) no muestran diferencias significativas es en el patrón de frecuencia de realización de estos episodios CIA: 1,68 los policonsumidores varones y 1,66 las policonsumidoras mujeres.

Los conglomerados generados a partir de estas variables fueron tomados como variable independiente a fin de analizar la relación con las creencias, mediante la comparación de las medias de los puntajes obtenidos en cada una de la escalas por cada conglomerado, utilizando pruebas de significación estadística.

El análisis de los puntajes de en la escala de Creencias Totales mostró diferencias significativas entre el grupo de varones policonsumidores con respecto a los grupos de varones y mujeres No policonsumidores. Llamativamente, no se observan diferencias en los puntajes de la escala Creencias Totales entre los dos conglomerados de mujeres, sean policonsumidoras o no.

El resultado en el análisis de varianza de los cuatros conglomerados en la escala de Creencias Totales remite a revisar el concepto de creencias adictivas. En tanto esquema cognitivo, las creencias se refieren a todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia (Camacho, 2003). Una serie de estudios (Londoño Pérez et al, 2005; Martínez González & Verdejo García, 2011; Cassola et al, 2005) han identificado que la existencia de expectativas negativas guarda una relación estrecha con el bajo consumo de alcohol, no siendo así para las expectativas positivas que incrementan la probabilidad de que los jóvenes varones aumenten el consumo. A esto podemos agregar que es a partir de las creencias globales hacia el consumo que se genera la actitud hacia la conducta de consumir o no determinada sustancia.

Estas consideraciones completamente válidas para la caracterización cognitiva de los varones policonsumidores no se verifican en el caso de las mujeres. De todas maneras parcialmente se reafirma la definición de que los factores psicológicos y sociales serian factores determinantes, antes que las propiedades farmacológicas de la sustancia a la hora de consumir y convertir a un consumidor en una persona que abusa de las drogas y alcohol (Beck et al, 1999, Gómez et al, 2012; Avilés, 2010).

En relación a las Creencias Anticipatorias, el análisis de varianza indica diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios de los NOpoliconsumidores de ambos sexos respecto de los Policonsumidores varones; esta diferencia no se produce en relación a las Policonsumidoras mujeres.

De esta manera, se observa que las expectativas positivas incrementan la probabilidad de que los jóvenes desarrollen un patrón de consumo abusivo (Casola et al, 2005; Cortés Tomás et al, 2014). Las Creencias Anticipadoras hacen referencia a las expectativas de recompensa; a medida que la persona encuentra cada vez más satisfacción al consumir determinada sustancia desarrolla creencias románticas que predicen el escape y la satisfacción (Beck et al, 1979).

El efecto deseado del consumo cumple la función de refuerzo, y se encuentra asociado a la búsqueda de los individuos por alcanzarlo. Las situaciones sociales o los encuentros entre pares, son momentos en los que los jóvenes buscan ser más sociables, agradables y tanto el alcohol como otras sustancias psicoactivas ofrecen la posibilidad de que se sientan más divertidos y desinhibidos (Londoño Pérez et al, 2005). En este caso las consideraciones sobre el rol de este grupo de creencias alcanzan a los policonsumidores varones pero no a las mujeres policonsumidoras.

En relación a los puntajes obtenidos por los distintos conglomerados en la escala que evalúa Creencias de Alivio, los resultados indicaron que los puntajes obtenidos por el conglomerado No policonsumidor varón y el conglomerado No policonsumidor mujer tienen una diferencia estadísticamente significativa con los puntajes promedio de los conglomerado policonsumidor varón pero no con los del conglomerado policonsumidor mujer.

Los jóvenes comienzan a confiar en el hecho de que consumir una determinada sustancia va a contrarrestar sus sentimientos de angustia. De esta manera el consumo de alcohol funciona cognitivamente como un reforzador negativo del consumo (Beck et al, 1979; Sipán Valerio, 2015). Las Creencias de Alivio remiten a la convicción de que el consumo va a contrarrestar, aliviar o evitar un malestar. Autores como Cooper (1994) han señalado que los motivos ligados al reforzamiento negativo, generado internamente o externamente, son factores centrales en los jóvenes para el inicio de la conducta de consumir alcohol y drogas. No obstante esto funcionaría de manera diferencial en relación al género de los policonsumidores (Avilés, 2010).

Cuando se evaluó la escala de Creencias Facilitadoras o permisivas en relación a los cuatro grupos generados por el Análisis de Conglomerados se observó que el conglomerado de varones policonsumidores se diferencia significativamente de los policonsumidores varones o mujeres. A su vez, en esta escala no se observa diferencias entre los conglomerados de mujeres sean policonsumidoras o no.

Las Creencias Facilitadoras o permisivas son aquellas que de alguna forma habilitan la práctica de consumir sustancias. Las personas consideran que tomar drogas es aceptable y se autorizan a consumir a pesar de las posibles consecuencias. Son racionalizaciones, pensamientos que tienden a justificar su consumo (Beck et al, 1979). Estas creencias están asociadas a enunciados tales como “Podré manejarlo, solo las personas débiles tienen problemas con las drogas o el alcohol”. Los sujetos se habilitan a consumir bajo racionalizaciones que justifican dicha conducta (González et al, 2012; Sipán Valerio, 2015).

De esta manera, en los resultados obtenidos es claro cómo los sujetos definidos como varones consumidores CIA que realizan policonsumo poseen ciertos pensamientos que autorizan el consumo; ideas o pensamientos que los No policonsumidores presentan en mucha menor medida. Este resultado coincide con investigaciones y desarrollos anteriores (Beck et al, 1999; González et al, 2012; Sipán Valerio, 2015).

En relación a los resultados que indican que las mujeres policonsumidoras no presentan diferencias en ninguna de las escala de creencias comparadas con las mujeres Nopoliconsumidoras requieren algunas consideraciones.

Sánchez Pardo (2008) en su trabajo Género y Droga afirma que la división de género imperante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles o papeles sociales diferentes y determina un conjunto de pautas de comportamiento obligadas, permitidas o prohibidas, a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Estas pautas de comportamiento son transmitidas y reproducidas a través de distintos espacios de socialización, fundamentalmente la familia, la escuela y los medios de comunicación social.

La mujer presenta mayor vulnerabilidad biológica al alcohol, debido a que su funcionamiento hepático tiene menos posibilidades enzimáticas para oxidar el

alcohol en comparación al funcionamiento del hígado del hombre; mientras que un hombre metaboliza el alcohol hasta un 30%, la mujer sólo lo hace un 10%; es por eso que con menos o la misma cantidad de alcohol ingerido, una mujer presenta mayor cantidad de alcohol en la sangre y por lo tanto con una mayor intoxicación. Estos datos implican posicionar a las mujeres con un patrón CIA en una situación de desventaja en cuanto a un riesgo de deterioro de su salud (Castro y Castro, 2015).

Medina-Mora (1993) estudió las diferencias por género respecto a la conducta de consumo, específicamente de alcohol, las consecuencias del abuso y las diferencias psicosociales asociadas con esta práctica. Entre los resultados más relevantes se encontró que la mujer presentaba índices más altos de depresión que el hombre y que el consumo de alcohol fortalecía el nivel de depresión; siendo elementos importantes la desesperanza, baja escolaridad, estrés, poco ingreso y finalmente el consumo de alcohol.

Respecto al género, este autor señala que el consumo de alcohol está regulado por normas estrictas sobre quién puede beber, siendo evidentes los dobles parámetros que señalan que pueda parecer adecuado que el hombre beba en exceso y la mujer deba abstenerse.

Investigaciones desarrolladas desde la perspectiva de género han propuesto que el impacto que causa el uso de drogas en las mujeres se produce de muchas maneras que son únicas debido a las características de la identidad femenina, principalmente las diferencias biológicas y de género. Las mujeres son más vulnerables a los efectos de las drogas y en consecuencia su salud se verá más afectada en un periodo más corto de tiempo por el abuso intensivo de cualquier sustancia (Sanchez Pardo 2006; 2008; Avilés, 2010).

Es evidente que las fuerzas sociales y biológicas que empujan hacia la formación de la identidad en las mujeres se diferencia de la de los varones, quienes reciben

menos presión, producto de los roles tradicionalmente asignados a cada uno en todas las sociedades (Rojas Valero, 2007).

Estos resultados pueden relacionarse con los de Galaburda y Habib (1987), quienes afirman que las diferencias cognitivas según sexo se visibilizan más en la pubertad y la adolescencia; mientras que Matud et al (2002), advierten que las mujeres cognitivamente maduran más rápido que los varones. Por ello es necesario, en futuras investigaciones, indagar sobre las creencias adictivas en una población más joven, mujeres de entre 12 y 16 años, que revelen los factores motivacionales que dan inicio a la conducta de consumo.

Ahora bien, como conclusión general del conjunto de resultados obtenidos, ha quedado reafirmada la utilidad del concepto de Creencias Adictivas para analizar los determinantes cognitivos asociados a la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol en particular y en consumo de sustancias en general, caracterizado actualmente por el patrón de policonsumo. (Gómez et al, 2008; Luque et al, 2010; Cortés et al, 2011; Martínez González & Vardejo García, 2011; Gómez et al, 2012; Leon Segarra, 2015; Martínez-González et al, 2016).

En definitiva, el análisis de los resultados aporta fuerte evidencia de que es posible establecer, con base empírica, la relación entre las creencias, los patrones consumo y los perfiles sociodemográficos en los jóvenes de 18 a 30 años de la muestra estudiada en la fase dos. Las relaciones encontradas constituyen un aporte a la comprensión comportamiento de consumo problemático en los jóvenes.

Finalmente, se puede afirmar que estos resultados permitirán avanzar en la identificación de los determinantes específicos de la conducta CIA y de Policonsumo, comparándolos con los del resto de grupos de Consumidores No Intensivos y No consumidores. En el mismo sentido, se estima que la evidencia aportada en este trabajo de tesis contribuirá a formular otras investigaciones que

ayuden a diseñar objetivos de intervenciones preventivas psicosociales, específicas para este tipo de conductas en los jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, I., Castillo, D., Bechara, A., & Godoy, J. C. Toma de decisiones en adolescentes: rendimiento bajo diferentes condiciones de información e intoxicación alcohólica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2013; 13(2), 195-214.

Adams, T.B.; Evans, D.R.; Shreffler, R.M. y Beam, K.J. Development and Evaluation of Theory-Based Alcohol Education Programs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 2006; 50 (3), 21-30.

Adlaf, E. M., y Smart, R. G. Party subculture or dens of doom? An epidemiological study of rave attendance and drug use patterns among adolescent students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1997; 29 (2) 193-198.

Ajzen, I. *Attitudes, personality, and behavior*. McGraw-Hill Education (UK) 2005.

Ajzen, I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg 1985.

Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991; 50, 179-211

Ajzen, Icek, et al. Changing health-related behaviors: An approach based on the theory of planned behavior. *The scope of social psychology: Theory and applications*, 2007, p. 43-63.

Alaminos-Fernández, A. F. Antonio Alaminos Chica, Francisco Francés García, Clemente Penalva Verdú y Óscar Santacreu Fernández. *Introducción a los modelos estructurales en investigación social*. Cuenca (Ec): PYDLOS Ediciones, 2015 ISBN: 978-9978-14-314-8.

Anderson, P. & Baumberg, B. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*. Report to the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies. 2006. ([http:// ec.europa.eu/health/news_alcoholineurope_en.htm](http://ec.europa.eu/health/news_alcoholineurope_en.htm)). Consultado en noviembre de 2011.

Arellano, M.; Gonzáles, R.; Orsola, G. & Pavletic, F. Cannabis: imágenes, sujetos, discursos y contextos. *Última Década*, 2003; vol. 19, (pp. 1-28). CIDPA. Viña del Mar. Chile. Recuperado el 20 de marzo del 2016 desde: <http://www.cidpa.org/txt/19art8.pdf>

Arizaga, C. *El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo*. Buenos Aires: Observatorio Argentina de Drogas, SEDRONAR. 2009.

Armitage, C.J. y Conner, M. Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: Predicting consumption of a low-fat diet using the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 1999; 29(1), 72-90.

Avilés, N. R. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, 2010; (3), 269-272.

Baigorri, A., Chaves, M., Fernández, R., & López, J. A. El botellón: localizando un conflicto postmoderno [Botellon: locating a postmodern conflict]. In *Turismo, Ocio y Deporte. VIII Congreso español de sociología*. 2004; (pp. 111-130).

Barrett, S. P., Gross, S. R., Garand, I., y Pihl, R.O. Patterns of simultaneous polysubstance use in Canadian rave. *Substance Use and Misuse*. 2005; 40, 1525-1537

Bauman, Z. *Vida de consumo*. Fondo de cultura económica. 2012

Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires. Editorial Paidós 1999

Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. 1976

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press Google Scholar 1979.

Becoña Iglesias, E. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2002.

Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (2016).

Becoña, E., Juan, M., Duch, M., del Río, E. F., Salvá, J., Monzón, S., & García-Toro, M. Alcoholemias en contextos recreativos nocturnos como sistema de prevención. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41(1), 10-6.

Bittar, C; Capellino, M & Ceballos, M. (2007). *Creencias adictivas presentes en el inicio al consumo de alcohol*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba; Córdoba, Argentina, 2007.

Borsari, B., & Carey, K. B. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2000; 68(4), 728.

Borsari, B., & Carey, K. B. Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of substance abuse*, 2001; 13(4), 391-424.

Brick, J. Standardization of alcohol concentrations in research. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30(8), 1276–1287

Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. y Delis, D.C. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol, Clin Exp Res*. 2000; 24, 164-171.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., ... & Torres, M. A. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 12-206.

Camacho, J. El ABC de la terapia cognitiva. Buenos Aires. 2003.

Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva*. 2015; 11(2), 211-221.

Cassola, I., Pilatti, A., Alderete, A., & Godoy, J. C. Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*. 2005; 5.

Castro, J. A., & Castro, G. D. El consumo de alcohol y su toxicidad en el sistema reproductor. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*. 2015; 49(3), 293-294.

Chakraborty, K., Neogi, R. y Basu, D. Club drugs: review of the 'rave' with a note of concern for the Indian scenario. *Indian Journal of Medical Research*. 2011; 133, 594-604.

Chassin, L., Hussong, A., Barrera, M., Molina, B., & Trim, R. R. J. Adolescent substance use. *Handbook of adolescent psychology*. 2004; 665-696.

Collins, S.E. y Carey, K.B. The Theory of Planned Behavior as a Model of Heavy Episodic Drinking Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2007; 21(4), 498-507

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Conner, M. y Sparks, P. The theory of planned behaviour and health behaviour. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior*. 2005 (pp. 170-222). Buckingham: Open University Press.

Cooper, L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four factor model. *Psychological Assessment*. 1995; 6(2), 117-128. DOI: 10.1037/1040-3590.6.2.117

Cortés Tomás, M. T. Costa, J. A. G., Sellés, P. M., & Mahía, F. C. Importancia de las expectativas en la relación entre impulsividad y consumo intensivo de alcohol en universitarios. *Adicciones*. 2014; 26(2), 134-145.

Cortés Tomás, M. T., Espejo Tort, B., Giménez Costa, J. A., Luque, L., Gómez, R., & Motos, P. Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Salud y Drogas*, 2011, vol. 11, num. 2, p. 179-202.

Cortés Tomás, M. T., Giménez Costa, J. A., Sellés, P. M., & Mahía, F. C. The importance of expectations in the relationship between impulsivity and binge drinking among university students. *Adicciones*. 2014; 26(2).

Cortés Tomás, M. Una primera aplicación de la Teoría del Comportamiento Planificado para explicar el abandono del tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2001; 54, 389-405.

Cortés, M.T. Debates en drogodependencias: Aspectos sociales y de salud en el botellón: obligados a entenderse. Valencia: Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia. 2010

Cortés, M.T. Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol y botellón. Documento presentado en la Conferencia Internacional EMNA / FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento. Madrid. 2008

Cortés, M.T. Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia dónde vamos? Comunicación presentada en el 20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD). Valencia. 2006.

Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*. 2008; 20, 396-402.

Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*. 2007; 19, 357-372.

Cortés, M.T., Espejo, B., Martín, B. y Gómez, C. Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*. 2010; 22(3), 363-368.

Courtney, K.E. y Polich, J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*. 2009; 135, 142-156.

Cruz, M. Á. D. L., Peña, M. E., & Andreu, J. M. Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*. 2015; 26(1), 33-39.

Cruz, M. Á. D. L., Peña, M. E., & Andreu, J. M. Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*. 2015; 26(1), 33-39.

de Fonseca, F. R., Aleixandre, R., Cami, J., Navarro, M., Torrens, M., Iraurgi, J., ... & Molina, M. La investigación en drogodependencias. *Trastornos adictivos*. 2006; 8(2), 115-132.

del Castillo, J. A. G. Editorial. Concept of risk perception and impact on addictions/Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2012; 12(2).

Del Zotto, P.; Cortés, MT.; Gómez, R. & Luque, L. La realidad intercultural del consumo intensivo de alcohol en jóvenes españoles y argentinos. VI Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo (España). 2010.

Durkin, K. F., Wolfe, T. W. y Clark, G. Social bond theory and binge drinking among college students: A multivariate analysis. *College Student Journal*. 1999; 33(3), 450-462.

Ellis, A., & Dryden, W. *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer. 1989.

Engineer, R., Philips, A., Thompson, J. y Nicholls, J. *Drunk and disorderly, a qualitative study of binge drinking among 18 to 24-year-olds*. London: Home Office Research Studies. 2003.

Fernández Ballesteros, R. *Evaluación psicológica y test*. La evaluación psicológica en el año. 2000; 1-26.

Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, O. M., Bilbao-Acedos, I., Rojas-Tejada, A. J., Vidal-Giné, C., Vergara-Moragues, E., & González-Saiz, F. Análisis de las diferencias en el perfil y patrón de consumo de drogas de hombres y mujeres que asisten a fiestas rave. *Trastornos adictivos*. 2011; 13(4), 167-174.

Ferrer, X., Sánchez, J. L., & Salvador, T. *Prevención y drogas: la asignatura pendiente*. *Anuario de Psicología*. 1991; 49, 79-96.

Galaburda, A. y Habid, M. Cerebral dominance: Biological associations and pathology. *Discussions in Neurosciences*. 1987; IV, No. 2.

GIESyT El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia. Universidad de Extremadura. Consejería de Cultura y Patrimonio. 2001.

Gill, J., Murdoch, J. y O'May, F. Binge Drinking, a Commentary. New York: Nova Publishers. 2009.

Godin, G. y Kok, G. The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*. 1996; 11, 87-98.

Gómez, R. A. Drogas y control social. Editorial Brujas. 2007.

Gómez, R. A. Drogas, consumo y época: alcohol en atracón (binge), policonsumo y adicciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos. In V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. 2013.

Gómez, R. Á., & Calabrese, A. Introducción al campo de las drogodependencias. Editorial. Brujas. 2012

Gómez, R. Á., Luque, L. E., Ceballos, M., Capellino, M., & Bittar, C. Consumo de alcohol en adolescentes: el rol de las creencias adictivas. In XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. 2008.

Gómez, R. Á., Luque, L. E., Tomas, M. T. C., Tort, B. E., & Giménez, J. A. Estudio preliminar de los determinantes cognitivos que influyen en los jóvenes argentinos para realizar un consumo intensivo de alcohol, o binge drinking. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2012; 41(2), 309-327.

González, J. M., García, A. V., & Iglesias, E. B. Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia. *Trastornos Adictivos*. 2012; 14(4), 105-111.

Grasso, L. Introducción a la Estadística en Ciencias Sociales y del Comportamiento. 1999.

Gross, S. R., Barrett, S. P., Shestowsky, J. S., y Pihl, R. O. Ecstasy and drug consumption patterns: A Canadian rave population study. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002; 47, 546-551.

Hammersley, R. y Ditton, J. Binge or bout? Quantity and rate of drinking by young people in the evening in licensed premises. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2005; 12(6), 493-500.

Hartley, D.E., Elsabagh, S. y File, S.E. Binge drinking y sex: effects of mood y cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology, Biochemistry y Behavior*. 2004; 78, 611-619.

Hassan, L.M. y Shiu, E.M.K. Gender differences in low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behaviour. *International Journal of Consumer Studies*. 2007; 31, 317-325.

Hingson, R. Advances in measurement and intervention for excessive drinking. *Am J Prev Med*. 2004; 27(3), 261-263.

Huchting, K., Lac, A. y LaBrie, J.W. An application of the Theory of Planned Behavior to sorority alcohol consumption. *Addictive Behaviors*. 2008; 33, 538-551.

Huelva, D. C., & Chaves, R. A. Estudio de la "deseabilidad social" en una investigación mediante encuestas a empresarios andaluces. *Metodología de encuestas*. 2002; 4(2), 211-225.

Institute of Alcohol Studies -IAS- Binge drinking: nature, prevalence and causes. 2007. Recuperado el 1 de febrero de 2017, de http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf

Kam, J. A., Matsunaga, M., Hecht, M. L., & Ndiaye, K. Extending the theory of planned behavior to predict alcohol, tobacco, and marijuana use among youth of Mexican heritage. *Prevention Science*. 2009; 10(1), 41-53.

Kelly, B. C., Wells, B. E., Pawson, M., Leclair, A., Parsons, J. T., & Golub, S. A. Novel psychoactive drug use among younger adults involved in US nightlife scenes. *Drug and alcohol review*. 2013; 32(6), 588-593.

Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. Factores de Riesgo y Protección frente al Consumo de Drogas en la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto). Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), España. 2004.

Lange, J.E. y Voas, R.B. Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001; 15, 310-316.

León Segarra, M. A. Técnicas Cognitivas de Aaron Beck en adolescentes con problemas de Consumo de drogas, en la Unidad Educativa "Javeriano" (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay). 2016.

Londoño Pérez, C., García Hernández, W., Valencia Lara, S. C., & Vinacci Alpi, S. Expectations regarding alcohol consumption in colombian university students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 2005; 21(2), 259-267.

López, M. J. L., Vilariño, C. S., Linares, E. T., & González, J. M. R. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*. 2014; 13(1), 5-17.

Lues, M. F. Pautas CIOMS 2009 para Estudios Epidemiológicos: La extensión del paradigma biomédico. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2011; 2(4), 26-33.

Luque, L. E., Gonzalez Verheust, M. C., & Gómez, R. A. Creencias adictivas sobre consumo de alcohol, en adolescencia inicial y media. In *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. 2010.

Lyotard, J. F. *La condición postmoderna: informe sobre el saber*. Planeta-Agostini. 1993.

Malacari, S. Capítulo 8: Consumo y época. En *Introducción al campo de las drogodependencias*. Editorial Brujas. Córdoba, Argentina. 2012

Mansilla, M. D. C. M. Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International E-journal of Criminal Sciences*, 2008 (2).

Marlatt, G. A. Highlights of harm reduction: A personal report from the first national harm reduction conference in the United States. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. 1998; 3-29.

Martinez González, J. M. & Verdejo García, A. Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*. 2012; 24(3), 229-238.

Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015; 20(2), 115-123.

Martínez-González, J. M., Vilar López, R., Becoña Iglesias, E., & Verdejo-García, A. Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*. 2016. 28(1).

Matud, M.; Rodríguez, C.; Marrero, R. y Carballeira, M. *Psicología del género: Implicaciones en la vida cotidiana*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid. 2002

McAlaney, J. y McMahon, J. Establishing rates of binge drinking in the UK: anomalies in the data. *Alcohol and Alcoholism*. 2006. 41, 355-357.

McHugh, R. K., Nielsen, S., & Weiss, R. D. Prescription Drug Abuse: From Epidemiology to Public Policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015; 48(1), 1-7.

Mcmillan, B., & Conner, M. Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Illicit Drug Use Among Students¹. *Journal of Applied Social Psychology*. 2003; 33(8), 1662-1683.

Medina-Mora, M. E., López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y cols. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1994; 7-14.

Méndez Martínez, C., Sepúlveda, R., & Alonso, M. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2012; 41(1).

Midanik, L. Over-reports of recent alcohol consumption in a clinical population: a validity study. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999; 9, 101-110.

Miller, P. M., Smith, G. T., & Goldman, M. S. Emergence of alcohol expectancies in childhood: a possible critical period. *Journal of studies on alcohol*. 1990; 51(4), 343-349.

Ministerio de Sanidad y Consumo -MSC- Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

Moreno, J. Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *LÍMITE. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*. 2015; 1(13), 195-211.

Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and alcohol dependence*. 2016; 160, 183-189.

Murgraff, V.; Parrot, A. y Bennet, P. Risky single-occasion drinking amongst young people -definitions, correlates, policy and intervention: abroad overview of research finding. *Alcohol and Alcoholism*. 1999; 34, 3-14.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA- Council approves definition of binge drinking. *8IAAA 8ewsl*. 2004; 3 (3).

Navarrete, L. Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. 2004

Noriega, J. A. V., Quintana, J. T., Cuervo, Á. A. V., Ortega, L. E. M., & Martínez, E. A. C. Model for measuring teenagers' alcohol consumption intent. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2015; 48 (3).

Norman, P. y Conner, M. The theory of planned behaviour and binge drinking: Assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*. 2006; 11, 55-70.

Norman, P., Armitage, C.J. y Quigley, C. The theory of planned behavior and binge drinking: Assessing the impact of binge drinker prototypes. *Addictive Behaviors*. 2007; 32, 1753-1768.

Nowlis, H. H. *Drugs demystified: drug education*. Paris: Unesco Press. 1975.

Observatorio Argentino de Drogas. Estudio nacional en Pacientes en centros de tratamiento Argentina 2004. Documento recuperado el 20 de junio de 2013 en <http://www.observatorio.gov.ar/>

Observatorio Argentino de Drogas. Estudio nacional en Pacientes en centros de tratamiento Argentina 2010. Documento recuperado el 8 de junio de 2013 en <http://www.observatorio.gov.ar/>

Observatorio Argentino de Drogas. El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia Quinto Estudio Nacional 2013. Documento Recuperado el 8 de junio de 2013 de <http://www.observatorio.gov.ar/>

Observatorio Argentino de Drogas. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2012. Informe Final de Resultados. Documento recuperado el 7 de junio de 2013 de <http://www.observatorio.gov.ar/>

Observatorio Argentino de Drogas. Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2014. Informe Final de Resultados. Documento recuperado el 6 de junio de 2015 de <http://www.observatorio.gov.ar/>

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

Palamar, J. J., Acosta, P., Sherman, S., Ompad, D. C., & Cleland, C. M. Self-reported use of novel psychoactive substances among attendees of electronic dance music venues. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 2016; 42(6), 624-632.

Palamar, J. J., Martins, S. S., Su, M. K., & Ompad, D. C. Self-reported use of novel psychoactive substances in a US nationally representative survey: Prevalence, correlates, and a call for new survey methods to prevent underreporting. *Drug and alcohol dependence*. 2015; 156, 112-119.

Palamar, J. J., Su, M. K., & Hoffman, R. S. Characteristics of novel psychoactive substance exposures reported to New York City Poison Center, 2011–2014. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2016; 42(1), 39-47.

Pantoja Vargas, L., & Abeijón, J. A. Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Bilbao: Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencias. 2004.

Perez-Aranibar, C., Van den Broucke, S. y Fontaine, J. Validation of the Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ-A) for Peruvian University Students. *Journal of Alcohol y Drug Education*. 2005; 49, 63-84.

Perkins, H.W., DeJong, W. y Linkenbach, J. Estimated blood alcohol levels reached by “binge” and “nonbinge” drinkers: A survey of young adults in Montana. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001; 15, 317-320.

Rojas Valero, M. J. Creencias irracionales en mujeres y varones consumidores de cocaína. Una mirada desde el enfoque Cognitivo. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru. 2007.

Rowe, C., Liou, T., Vittinghoff, E., Coffin, P. O., & Santos, G. M. Binge drinking concurrent with anal intercourse and condom use among men who have sex with men. *AIDS care*. 2016; 1-5.

Sánchez Pardo, L. Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*. 2006; 14 (1) 79-97.

Sánchez Pardo, L. Guía informativa: género y drogas: Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. *Servizo Galego de Saúde*. 2008.

Sánchez, B. Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria. 2005.

Sánchez-Queija, I., Moreno, C., Rivera, F., & Ramos, P. Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*. 2015; 29(3), 184-189.

Schuckit, M.A. *Drug and Alcohol Abuse, a Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2000.

Selin, K.H. Test-Retest Reliability of the Alcohol Use Disorder Identification Test in a General Population Sample. *Alcohol Clin Exp Res.* 3003; 27, 1428-1435.

Sipán Valerio, G. A. Relación entre las creencias disfuncionales y estímulos de alto riesgo con el craving en pacientes consumidores de pasta básica de cocaína. *BIG BANG FAUSTINIANO.* 2015; 4(3).

Slapak, S., & Grigoravicius, M. Consumo de drogas: la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones.* 2007; 14, 00-00.

Spear, L.P. The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *J Stud Alcohol [supp].* 2002; 14, 71-81.

Stahl, SM. *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas.* Editorial Ariel. Barcelona España. 2002

Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social–Ecological Framework. *Alcohol research: current reviews.* 2016; 38(1), 35.

Tapert, S. Consumo de alcohol en Adolescentes: efectos sobre el cerebro. Documento presentado en el Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores, Madrid, Spain.2007.

Tokatlian, J. Drogas y prohibición: una vieja guerra, un nuevo debate. *Libros del Zorzal.* 2010.

Tokatlian, J. G.,y Briscoe, I. Drugs: towards a post-prohibitionist paradigm. *Journal for International Relations and Global Trends.* 2010; 3, 102-110.

Tossmann, P., Boldt, S., y Tensil, M. D. The use of drugs within the techno party scene in european metropolitan cities. *European Addiction Research.* 2001; 7, 2-23

Townshend, J.M. y Duka, T. Binge drinking, cognitive performance y mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research.* 2005; 29,317-325.

Townshend, J.M. y Duka, T. Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol and Alcoholism.* 2002; 37(2), 187-192.

Turrisi, R. y Wiersma, K. Examination of judgments of drunkenness, binge drinking, and drunk-driving tendencies in teens with and without a family history of alcohol abuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research.* 1999; 23(7), 1191-1198.

Vila, J. Adicción y Aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2015; 8(2), 79-89.

Watson, P.E., Watson, I.D. y Batt, R.D. Prediction of blood alcohol concentrations in human subjects. Updating the Widmark Equation. *Journal of Studies on Alcohol*. 1981; 42, 547-556.

Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., & Lee, H. College binge drinking in the 1990s: A continuing problem results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*. 2000; 48(5), 199-210.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. y Castillo, S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A National survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*. 1994; 272(21), 1672-1677.

Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. y Rimm, E.B. A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*. 1995; 85(7), 982-985.

Wechsler, H., y Nelson, T. F. Binge drinking and the American college students: What's five drinks?. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001; 15(4), 287.

Weissenborn, R. y Duka, T. Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology*. 2003; J65, 306-312.

Winters, K.C. *Adolescent Brain Development and Drug Abuse*. Philadelphia: Treatment Research Institute.2004

World Health Organization -WHO- WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. 2007. Documento recuperado en noviembre de 2011 de www.who.int/substance_abuse/expert_committee_/alcohol

Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA research monograph* 1993; 137, 123-123.

Wright, J. H. y Beck, A. T. Cognitive therapy of depression: Theory and practice. *Psychiatric Services*. 1983; 34(12), 1119-1127.

Wright, N.R. A day at the cricket, the breath alcohol consequences of a type of very English binge drinking. *Addiction Research and Theory*. 2006; 14, 133-137.

Zambrano Cruz, R. Revisión sistemática del cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire-EPQ). *Liberabit*. 2011; 17(2), 147-155.

ANEXOS

Encuesta a pacientes en centro de tratamientos. OAD Sedronar.


SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO
OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS

Los datos del presente cuestionario son de carácter estrictamente confidencial y solo serán usados para generar estadísticas generales.

ENCUESTA EN PACIENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN

| | |
|---|--|
| <p>Nro cuestionario:</p> <p>1. Provincia:</p> <p>2. Ciudad:</p> <p>3. Nombre del centro:.....</p> <p>4. Fecha: .../.../...</p> | <p>5. Tipo de centro notificador</p> <p>1. Público 2. Privado 3. Mixto</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Otro/Cuál?</p> |
| <p>6. Características del centro</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Hospital general</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Hospital o clínica psiquiátrica</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Centro especializado</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Comunidad terapéutica</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Otro.Cuál?:</p> <p>7. ¿Que tipo de tratamiento estás haciendo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ambulatorio</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Semi-residencial (hospital de día/noche)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Residencial</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Grupo de autoayuda</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Otro.Cuál?:</p> | <p>8. ¿Hace cuantos meses que estás en tratamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de tres meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 3 y 7 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 8 y 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Más de 12 meses</p> <p>9. ¿Quién paga los gastos del tratamiento?</p> <p>(si el tratamiento es público no corresponde)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Particular</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Obra social</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Prepaga</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Subsidio. Institución:.....</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Subsidio SEDRONAR</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Otros.Cuál?:.....</p> |

| | |
|---|---|
| 10. Edad en años cumplidos <input type="text"/> años | 11. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino |
| 12. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que alcanzaste? <input type="checkbox"/> 1. Sin instrucción <input type="checkbox"/> 2. Primario Incompleto <input type="checkbox"/> 3. Primario completo <input type="checkbox"/> 4. Medio incompleto <input type="checkbox"/> 5. Medio completo <input type="checkbox"/> 6. Terciario incompleto <input type="checkbox"/> 7. Terciario completo <input type="checkbox"/> 8. Universitario incompleto <input type="checkbox"/> 9. Universitario completo <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc 12.1. ¿Asististe actualmente a algún establecimiento educativo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No 12.2. ¿Realizaste cursos de capacitación? <input type="checkbox"/> 1. Sí ¿Cuáles?..... <input type="checkbox"/> 2. No | 13. Estado Civil <input type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado* <input type="checkbox"/> 3. Unido de hecho* <input type="checkbox"/> 4. Divorciado <input type="checkbox"/> 5. Separado <input type="checkbox"/> 6. Viudo <i>*pase a pregunta 13.2</i> 13.1 ¿Actualmente tenés pareja? <input type="checkbox"/> 1. En pareja estable sin convivencia <input type="checkbox"/> 2. En pareja reciente sin convivencia <input type="checkbox"/> 3. Múltiples parejas <input type="checkbox"/> 4. No tiene pareja 13.2. ¿Tenés hijos? 1. <input type="checkbox"/> Sí Cuántos? 2. <input type="checkbox"/> No |
| 14. ¿Trabajaste alguna vez en su vida? <input type="checkbox"/> 1. Sí. ¿A qué edad comenzaste a trabajar? <i>Pase a pregunta 14.2</i> <input type="checkbox"/> 2. No 14.1. No trabajaste nunca durante tu vida porque... <input type="checkbox"/> 1. Es estudiante <input type="checkbox"/> 2. Es ama de casa <input type="checkbox"/> 3. Tiene alguna discapacidad <input type="checkbox"/> 4. Buscó y no consiguió trabajo <input type="checkbox"/> 5. Nunca buscó ni se interesó por trabajar <input type="checkbox"/> 6. Otros 14.2. ¿Cuál es tu situación laboral actual? <input type="checkbox"/> 1. Trabaja a tiempo completo <input type="checkbox"/> 1.1. Trabaja a tiempo parcial <input type="checkbox"/> 2. Trabaja esporádicamente <input type="checkbox"/> 3. Está desempleado(a) * <input type="checkbox"/> 4. Estudiante * <input type="checkbox"/> 5. No trabaja * <input type="checkbox"/> 5.1 Ama de casa * <input type="checkbox"/> 6. Jubilado o pensionado * <input type="checkbox"/> 6.1 Rentista * | 14.3. Ocupación <input type="checkbox"/> 1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales de alta graduación de las Fuerzas Armadas/ Propietarios de industria o comercio con 26 asalariados o más /Agricultores de más de 100 hectáreas. <input type="checkbox"/> 2. Profesionales, científicos, profesores universitarios /Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 asalariados/ /Agricultores entre 50 y 100 hectáreas. <input type="checkbox"/> 3. Técnicos / Profesores secundarios /Propietarios de industria o comercio con 2 a 5 asalariados /personal de mandos intermedios administrativos o de servicios /agricultores entre 25 y 50 hectáreas. <input type="checkbox"/> 4. Empleados de oficina en industria, comercio, servicios /Maestros primarios <input type="checkbox"/> 5. Pequeños comerciantes y agricultores menos de 25 hectáreas/ <input type="checkbox"/> 6. Artesanos (Zapateros, plomeros, peluqueros etc). <input type="checkbox"/> 7. Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o agro <input type="checkbox"/> 8. Peones /Aprendices /Personal mastranza <input type="checkbox"/> 9. Servicio doméstico / Vendedores |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 7. Esta impedido de trabajar <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc <i>* Pase a pregunta 16</i> | | <input type="checkbox"/> 10. ambulantes Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, de seguridad/ <input type="checkbox"/> 11. Plan Jefes y Jefa de Hogar y subsidios afines <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc | | |
| 15. ¿Dónde vivías antes de comenzar el tratamiento? (leer categorías de respuesta) <input type="checkbox"/> 1. En un barrio cerrado <input type="checkbox"/> 2. En un barrio abierto <input type="checkbox"/> 3. En una villa o asentamiento <input type="checkbox"/> 4. En la calle | | 15.1 Esa vivienda es: (leer categorías de respuesta) <input type="checkbox"/> 1. Casa <input type="checkbox"/> 2. Departamento <input type="checkbox"/> 3. Casilla <input type="checkbox"/> 4. Hotel / pensión <input type="checkbox"/> 5. Inquilinato/Conventillo | | |
| | 16. ¿Con quien vivías antes de comenzar el tratamiento o vivís actualmente? | 17. ¿Actualmente mantenés un vínculo cercano?* | Antecedentes de consumo 18. Consumo de sustancias ilícitas ** | 19. Consumo problemático de alcohol *** |
| 1. Solo/a | | | | |
| 2. Padre /Padrastra | | | | |
| 3. Madre / Madrastra | | | | |
| 4. Hermanos | | | | |
| 5. Abuelos | | | | |
| 6. Pareja / Esposo/a | | | | |
| 7. Hijos | | | | |
| 8. Hijos de mi pareja | | | | |
| 9. Otros familiares | | | | |
| 10. Amigos/ compañeros del colegio o barrio | | | | |
| 10. Otros no familiares Especificar:..... | | | | |
| <p>* Definir según si se frecuentan periódicamente, pueden hablar, están al tanto de la vida del otro, etc. ** Ejemplo: marihuana, cocaína, pasta base, solventes, tranquilizantes sin prescripción médica *** Definir según si se emborrachaba con frecuencia, no podía cumplir con sus obligaciones por haber bebido, una vez que comenzaba a beber no podía parar, el consumo de alcohol le traía inconvenientes con su entorno afectivo/laboral</p> | | | | |
| 20. ¿Cómo acudiste al tratamiento en el centro? (Respuesta única, leer opciones de respuesta) <input type="checkbox"/> 1. Voluntariamente <input type="checkbox"/> 2. Presionado por amigo(s) o familiar(es) <input type="checkbox"/> 3. Por indicación médica <input type="checkbox"/> 4. Por indicación académica <input type="checkbox"/> 5. Por indicación judicial <input type="checkbox"/> 6. Por presión laboral <input type="checkbox"/> 7. Otros <input type="checkbox"/> 8. Ns/nc | | 21. ¿Algún miembro de tu familia/ amigo/ pareja te ayuda o acompaña durante el tratamiento? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No 21.1 ¿Quiénes? <input type="checkbox"/> 1. Madre <input type="checkbox"/> 2. Padre <input type="checkbox"/> 3. Pareja <input type="checkbox"/> 4. Hijos <input type="checkbox"/> 5. Hermanos <input type="checkbox"/> 6. Amigos <input type="checkbox"/> 7. Tíos <input type="checkbox"/> 8. Otros | | |

| | |
|--|--|
| <p>2. ¿Qué querés hacer cuando termines el tratamiento? (no leer categorías)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Volver/ Conseguir un trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Finalizar / Comenzar mis estudios</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Volver a vivir con mis hijos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Volver a vivir con mi familia</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Formar una familia</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Reencontrarme con mis amigos</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Hacer nuevos amigos</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Aprender a ser feliz con lo que tengo/con mi vida</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Otro ¿qué?</p> <p>.....</p> | <p>22.1 ¿Qué crees que necesitarías para llevar adelante ese proyecto? (retoma pregunta 22)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>22.2. ¿Cuáles son las situaciones que imaginas más difíciles de afrontar cuando termines el tratamiento? (no leer categorías)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No volver a consumir</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Conseguir trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Discriminación por ser/haber sido adicto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Relación con la policía</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Retomar los estudios</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Discriminación por tener o haber tenido problemas con la ley</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Discriminación por tener alguna enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Relación con la familia</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Relación con los amigos</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Relación con los compañeros de consumo</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Otros:</p> | |
| <p>23. ¿Cuántas veces estuviste en tratamiento durante tu vida? (no contar el tratamiento actual)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2. He estadovez (veces)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc</p> <p>23.1 ¿Cuántas veces estuviste en tratamiento por problemas de consumo de drogas durante los últimos 12 meses? (antes de este tratamiento)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2. He estado.....vez (veces)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc</p> | <p>23.2. Tipo del último tratamiento previo por abuso de drogas</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ambulatorio</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Centro de día / Centro de noche</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Residencial (institucional)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Grupo de autoayuda</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Otro</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Psicoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc</p> <p>23.3 ¿Cuánto tiempo permaneciste en tratamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de tres meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 3 y 7 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 8 y 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Más de 12 meses</p> <p>23.4. ¿Qué droga motivó el último tratamiento:</p> |

7. DROGAS CONSUMIDAS

Indicar las drogas que el paciente ha consumido durante su vida en forma cronológica de uso - Pedirle al paciente que incluya alcohol y tabaco.

| | Droga de inicio | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
|---|--|----|----|----|----|----|
| 24.1 Tipo de droga (Ver códigos) | | | | | | |
| 24.2 Frecuencia de uso durante los últimos 30 días anteriores a su ingreso.* (Ver códigos) | | | | | | |
| 24.3 Frecuencia de uso durante los últimos 12 meses anteriores a su ingreso** (ver códigos) | | | | | | |
| 24.4 Vía de administración más frecuente (Ver códigos) | | | | | | |
| 24.5 Edad en la cual la uso por primera vez (Poner la edad) | | | | | | |
| 24.6 Edad en la que dejó de consumirla (Poner edad y si no dejó de consumirla anotar 88) | | | | | | |
| <p>25. Mencioná todas las sustancias que consumiste por lo menos alguna vez en tu vida (que no se hayan mencionado en la grilla)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> | <p>26. ¿Cuál es la droga que más daño te causa? (Ver Códigos) (Respuesta única)</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> | | | | | |
| <p>27. ¿Cuál es la droga que motiva principalmente la demanda de tratamiento? (Ver códigos) (Respuesta única) <input type="text"/></p> <p>27.1 Si el paciente no puede indicar una única sustancia registrar la combinación mencionada:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>27.2 ¿Por qué motivos principales esa sustancia es la que te llevó a empezar el tratamiento? (no leer categorías de respuesta/ respuesta única)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Porque es la que más consumo.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Es la que más dificultades me trae cuando quiero suspender o disminuir el consumo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Es la que más malestar físico me genera (problemas de índole médica y malestar físico general como náuseas, temblores, taquicardia, insomnio, etc).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Es la que me genera mayores problemas emocionales (ansiedad, depresión, agresividad, angustia, irritabilidad, problemas de concentración, etc).</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Es la que más problemas me provoca con mi entorno familiar afectivo.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Es la que más problemas me provoca en el</p> | <p>28. ¿Qué sustancias consumís en un lapso de 30 días? (al momento de mayor consumo)</p> <p>Droga de mayor consumo (ver códigos)</p> <p>.....</p> <p>28.1 Otras drogas (ver códigos)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>28.2 Las sustancias mencionadas, ¿las consumís habitualmente en una misma salida u ocasión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Si</p> <p><input type="checkbox"/> 2- No</p> | | | | | |

| Droga de inicio | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
|---|----|----|----|----|----|
| <input type="checkbox"/> 7. Es la que más problemas económicos me trae. <input type="checkbox"/> 8. Me trae problemas con la justicia/policía. <input type="checkbox"/> 9. Porque cuando estoy bajo el efecto de la sustancia pierdo el control sobre mis actos. <input type="checkbox"/> 10. Otros: | | | | | |

* Si el paciente estuvo el último mes en tratamiento en otra institución, considerar los 30 días anteriores a este último.

** Si el paciente estuvo en tratamiento en el último año en otra institución, considerar los 12 meses anteriores a este último.

Para aquellos pacientes que en la pregunta 24.3 declararon haber consumido alcohol en los últimos 12 meses

29. Responda las siguientes preguntas:

| | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
|--|-------|-------------------------|--------------|--------------|--------------------------|
| 29.1 ¿Con qué frecuencia tomás 5 o más tragos en un día? | | | | | |
| 29.2 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado? | | | | | |
| 29.3 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de vos porque habías bebido? | | | | | |
| 29.4 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayuno para recuperarte después de haber bebido? | | | | | |
| 29.5 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | | | | | |
| 29.6 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo? | | | | | |

30. En el último año te hiciste un análisis para:

| | (1) | (2) | Resultado |
|--|-----|-----|-----------|
| | | | |

31. Presenta el paciente alguna patología y/o enfermedad física y/o mental vinculada al consumo de sustancias? (Responde el profesional, categorías según DSM VI)

1. Trastornos Clínicos:

2. Trastornos de Personalidad:

| | SI | NO | (1) POSITIVO | (2) NEGATIVO | NO SABE | NO CONTESTA |
|----------------|----|----|--------------|--------------|---------|-------------|
| 1. HIV | | | | | | |
| 2. Hepatitis B | | | | | | |
| 3. Hepatitis C | | | | | | |

3. Enfermedades Médicas:

| CODIGOS | |
|---|--|
| TIPO DE DROGA, DROGA DE MAYOR DAÑO Y QUE MOTIVA LA DEMANDA PARA TRATAMIENTO (P.24, P. 25, P. 26 P. 27 P. 28) | |
| 1. Alcohol | 15. Basuco, pasta de coca |
| 2. Tabaco | 16. Crack |
| 3. Solventes o inhalantes | 17. Otros tipos de cocaína |
| 4. Marihuana | 18. Barbitúricos* |
| 5. Hashis | 19. Benzodiazepines* |
| 6. Otros Tipos de Cannabis | 20. Ketamine. |
| 7. LSD | 21. GHB |
| 8. PCP | 22. Flunitrazepam (Rohypnol ®)* |
| 9. Otros Alucinógenos | 23. Otros tranquilizantes, sedantes y depresivos. |
| 10. Heroína | 24. Extasis (MDMA) |
| 11. Opio | 25. Metanfetaminas |
| 12. Morfina* | 26. Anfetaminas |
| 13. Otros Opiáceos* | 27. Otros Estimulantes |
| 14. Cocaína HCL | 28. Otras Drogas |
| FRECUENCIA DE USO 30 ÚLTIMOS DÍAS (P. 24.2) | FRECUENCIA DE USO ÚLTIMOS 12 MESES (P. 24.3) |
| 1. No la ha usado en el mes anterior | 1. No la he usado en los últimos 12 meses |
| 2. Menos de una vez por semana | 2. Una sola vez |
| 3. Una vez por semana | 3. Algunas veces durante los últimos 12 meses |
| 4. Varias veces por semana | 4. Algunas veces mensualmente |
| 5. Diariamente | 5. Algunas veces semanalmente |
| 6. Dos a tres veces por día | 6. Diariamente |
| 7. Mas de 3 veces por día | 0. Sin dato |
| 0. Sin dato | |
| VIA DE ADMINISTRACIÓN MAS FRECUENTE (P. 24.4) | EDAD EN LA QUE LA USO POR PRIMERA VEZ (P. 24.5) |
| 0. Sin datos | Anote el número de años, "0" si es desconocido. |
| 1. Oral | |
| 2. Fumada | EDAD EN LA QUE DEJÓ DE CONSUMIRLA (P. 24.6) |
| 3. Inhalada | Anote el número de años, "0" si es desconocido u "88" Si no dejó de consumirla |
| 4. Intramuscular | |
| 5. Intravenosa | |
| 6. Otro (especificar)..... | |

*Solamente cuando no sean recetados o no se apliquen a uso terapéutico.

9. Piensa en una semana que no tengas ninguna fiesta en especial. Escribe en la casilla correspondiente el TIPO DE BEBIDA que sueles consumir y CUÁNTAS COPAS consumes FUERA DE LAS COMIDAS (Fíjate en el ejemplo: yo tomo una Cerveza y Fernet los Jueves antes de cenar).

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------|-------|--------|-----------|-------------------------|---------|--------|---------|
| TARDE | | | | Cerveza: 1 Fernet: 1 | | | |
| NOCHE | | | | | | | |

10. ¿Cuánto tiempo hace que bebés de esta manera? (especificar si en años o meses) _____

11. ¿Te ponés un tope en el número de copas/vasos que vas a tomar? NO SI ¿Cuántas? _____

12. Un Consumo Concentrado de alcohol significa tomar varias bebidas/tragos/copas/vasos durante un período corto de tiempo (unas hora). ¿Has bebido alguna vez de este modo?

- a. Sí, lo hago actualmente. (Sigue en la pregunta 13)
 b. YA NO, lo he hecho alguna vez, pero ahora no. (Sigue en la pregunta 14)
 c. NO, no he bebido nunca de esa manera. (Pasa al cuestionario siguiente)

13. En una reunión de Consumo Concentrado ¿A qué hora sueles tomar la primera copa? _____

¿Y a qué hora la última? (La hora de la última consumición no es la hora de regreso a casa.) _____

14. ¿Te has emborrachado alguna vez? NO SI

15. Las veces que has llegado a la borrachera... (marque la opción que sea más representativa).

- a. Lo tenías previsto, querías llegar a ella.
 b. Se te ha ido la mano.

16. ¿Sueles consumir otras sustancias? NO SI

- Indica cuál: a. Tabaco
 b. Marihuana/cannabis/porro
 c. Cocaína
 d. Otras: (especificar)

Cuestionario de Creencias acerca del abuso de sustancias.

CUESTIONARIO N° 2

Coloca en cada casillero el número que corresponda teniendo en cuenta la siguiente escala (del 1 al 5), en la medida en qué estés de acuerdo con lo que dice cada frase. Te pedimos el máximo de sinceridad. Recuerda que es una encuesta anónima.

Escala :

1

Muy en
desacuerdo

2

Ligeramente
en desacuerdo

3

Neutral

4

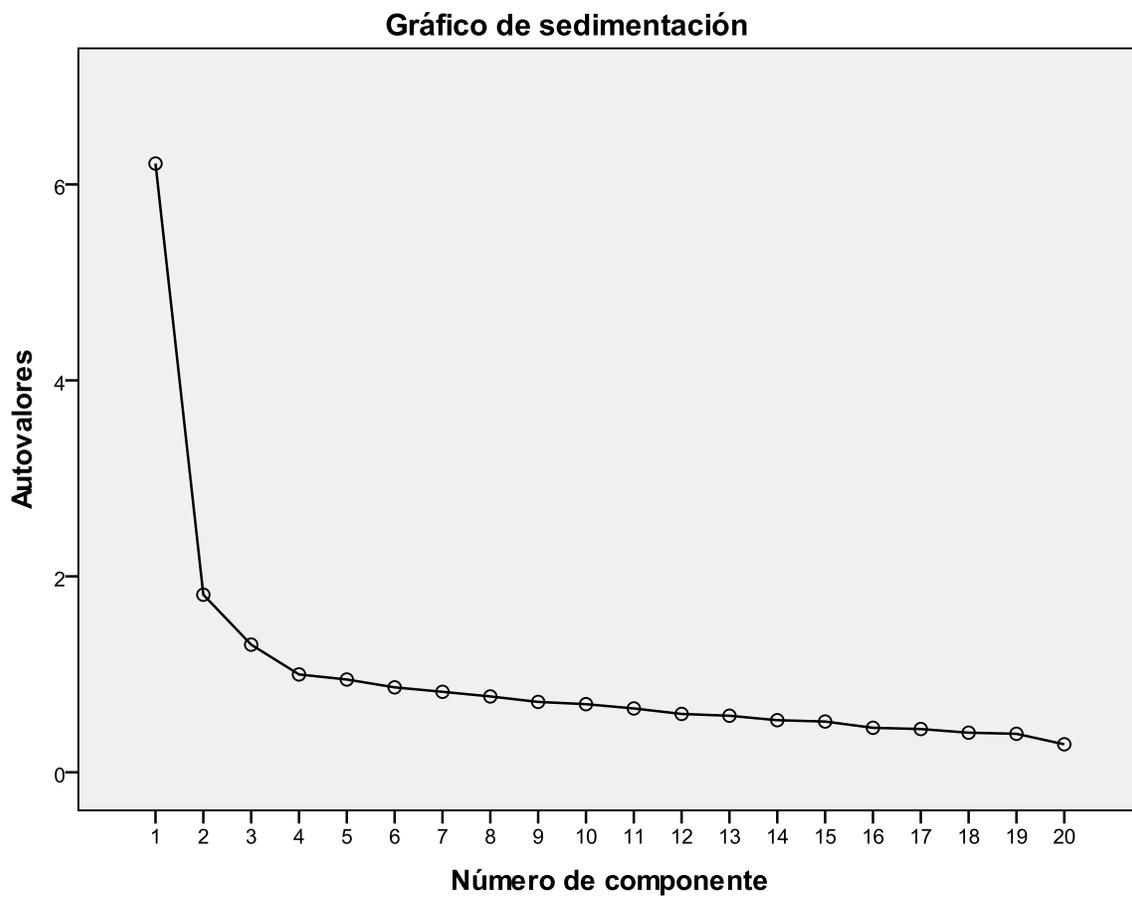
Ligeramente
de acuerdo

5

Muy de
acuerdo

1. La vida sin tomar alcohol y/o drogas es aburrida.
2. Tomar alcohol y/o drogas es una manera de incrementar mi creatividad y productividad.
3. Para funcionar a veces necesito tomar alcohol y/o drogas.
4. El alcohol y/o las drogas son la mejor forma de enfrentar mis angustias.
5. No estoy dispuesto a dejar de tomar alcohol y/o drogas.
- 6 La necesidad y los impulsos hacen que tomen alcohol y/o drogas.
7. Aunque deje de tomar alcohol y/o drogas, mi vida seguirá siendo igual.
8. Puedo manejar mi bronca consumiendo alcohol y/o drogas.
9. Si dejara de consumir alcohol y/o drogas me aburriría.
10. No creo dejar de consumir alcohol y/o drogas, porque me gustan.
11. No soy una persona suficientemente fuerte como para dejar de tomar alcohol y/o drogas.
12. Sin tomar alcohol y/o drogas, no podría ser sociable.
13. El consumo de alcohol y/o drogas resulta un problema para mí.
14. El deseo y las ganas de tomar alcohol y/o drogas sólo desaparecen cuando consumo.
15. El consumo de alcohol y/o drogas me lo provoca otra persona (novio, amigo, familiar).
16. Los problemas con el alcohol y/o drogas son hereditarios.
17. Para relajarme necesito tomar alcohol y/o drogas.
18. Tener problemas con el alcohol y/o drogas es de mala persona.
19. Sólo controlo mi ansiedad tomando alcohol y/o drogas.
20. No puedo divertirme si no consumo alcohol y/o drogas.

Figura1. Análisis factorial exploratorio. Gráfico de sedimentación de autovalores de los ítems de la escala de creencias adictivas.



Cuestionario Escala L. Deseabilidad Social.

CUESTIONARIO Nº 3

Instrucciones: Por favor, contesta cada pregunta poniendo una cruz (X) sobre el SI o NO que le siguen. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. No pienses demasiado en el significado exacto de las preguntas y contéstalas rápidamente.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez quisiste llevarte más de lo que te correspondía en un reparto?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si dices que vas a hacer algo, ¿siempre mantienes tu promesa sin que importen las molestias que eso te puedan ocasionar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez culpaste a alguien por algo que habías hecho?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Son todos tus hábitos buenos y deseables?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tomaste alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que sea de otra persona? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez has roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. De niño, ¿alguna vez fuiste grosero con tus padres?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Hiciste alguna vez trampas en el juego?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez te aprovechaste de alguien?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Evadirías los impuestos si estuvieses seguro/a de que nunca serías descubierto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Haces siempre lo que predicás? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguna vez llegaste tarde a una cita o trabajo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Habías, a veces, de cosas de las que no sabés nada?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Cuando eras niño, ¿hacías enseguida las cosas que te pedían y sin quejarte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez dijiste algo malo o desagradable acerca de otra persona?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Te lavás siempre las manos antes de comer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿A veces dejás para mañana lo que podrías hacer hoy?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Cuando te equivocás: ¿estás siempre dispuesto/a a admitirlo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comunicaciones científicas de aspectos parciales de la tesis doctoral.