Health and Addictions
salud y drogas

DIRECTOR
José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Aizpiri Díaz, Javier
Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)
Castaño Pérez, Guillermo Alonso
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)
Cuesta Cambra, Ubaldo
Universidad Complutense de Madrid (España)
Dias, Paulo C.
Universidade Católica Portuguesa (Portugal)
Fernández Hermida, José Ramón
Universidad de Oviedo (España)
Inglés Saura, Cándido
Universidad Miguel Hernández (España)
Latorre Postigo, José Miguel
Universidad de Castilla-La Mancha (España)
Llopis Llacer, Juan José
Universidad Jaume I de Castellón (España)
Pascual Pastor, Francisco
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)
Pérez de Arróspide, Jesús A.
Fundación Vivir sin Drogas (España)
Pérez Gálvez, Bartolomé
Hospital Universitario de Sant Joan d´Alacant (España)
Sanchís Fortea, Manuel
Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)
Secades Villa, Roberto
Universidad de Oviedo (España)

COMITÉ CIENTÍFICO

Bayés Sopena, Ramón
Universidad Autónoma de Barcelona (España)
Becoña Iglesias, Elisardo
Universidad de Santiago de Compostela (España)
Beneit Montesinos, Juan Vicente
Universidad Complutense de Madrid (España)
Bobes García, Julio
Universidad de Oviedo (España)
Botvin, Gilbert J.
Weill Medical College Cornell Univ. (USA)
Brackett, Marc. A
Yale University (USA)
Burkhart, Gregor
Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)
Castel-Branco Goulao, Joao
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (Portugal)
Castel-Branco Goulao, Joao
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (Portugal)
Echeburúa Odriozola, Enrique
Universidad del País Vasco (España)
Faggiano, Fabricio
Università del Piemonte Orientale (Italia)
Gardner, Eliot L.
Albert Einstein College of Medicine (USA)
Griffin, Kenneth W.
Weil Medical Collage Cornell University (USA)
Guerri Sirera, Consuelo
Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (España)
Huedo-Medina, Tania B.
University of Connecticut (USA)
Johnson, Blair T.
University of Connecticut (USA)
Leukefeld, Carl G.
University of Kentucky (USA)
López Sánchez, Carmen
Universidad de Alicante (España)
Maldonado, Rafael
Universidad Pompeu Fabra (España)
Marín, Gerardo
University of San Francisco (USA)
Méndez Carrillo, F. Xavier
Universidad de Murcia (España)
Montesinos, Luís
Montclair State University (USA)
Nájera Morrondo, Rafael
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)
Preciado, Juan
City University of New York (USA)
Rochon, Alain
Régie Régionale de L´Estrie (Canadá)
Rodríguez de Fonseca, Fernando
Universidad Complutense de Madrid (España)
Rodríguez Marín, Jesús
Universidad Miguel Hernández (España)
Singer, Merrill
Hispanic Health Council (USA)
Sobell, Linda C.
Nova Southeastern University de Florida (USA)
Sobell, Mark B.
Nova Southeastern University de Florida (USA)

Objetivos
Health and Adicttions/Salud y Drogas tiene como objetivos promover la divulgación de resultados de investigación sobre las drogodependencias y otros trastornos adictivos en general, así como con aspectos relacionados con la promoción e intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud, desde una aproximación amplia y pluridisciplinar, perfeccionar sus métodos y técnicas, fomentar una visión crítica y comprometida del fenómeno de la droga e impulsar la cooperación científica entre los investigadores, profesores, estudiosos y especialistas de la materia, desde el compromiso con la ética y los derechos humanos.

En este sentido, *Health and Adicttions/Salud y Drogas* publica artículos sobre tratamiento, prevención y reinserción, así como estudios epidemiológicos, básicos y descriptivos sobre las conductas adictivas y la promoción e intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud.

Frecuencia
Health and Adicttions/Salud y Drogas se publica dos veces al año (junio y diciembre) en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

Idioma
El idioma de publicación puede ser el español e inglés.

Separatas
Health and Adicttions/Salud y Drogas envía a cada autor una carta de aceptación una vez superado el proceso de revisión por pares. Así mismo, cada autor recibe una copia en pdf de su artículo y pueden solicitar un ejemplar de la revista impresa a la empresa que se indica en la página Web de la revista, bajo las condiciones que se especifican.

Copyright y permisos
Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de *Health and Addictions/Salud y Drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuyentes.

Diseño y maquetación
Álvaro García del Castillo López y Jesús Segarra-Saavedra

Indexada
CIRC, Dialnet, DICE, DOAJ (Directory of Open Acces Journal), Dulcinea, EBSCO, Google Scholar, IN-RECS (Índice de Impacto Revistas Españolas de Ciencias Sociales), ISOC (CINDOC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), Latindex, MIAR, PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos), RCS, REDALYC, RESH y Scopus.

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.
Universidad Miguel Hernández
Carretera Alicante-Valencia N 332, s/n
03550 San Joan d´Alacant. Alicante (España)
Tfno.:+34 965 919 319 • Fax: +34 965 919 566
Web: www.haaj.org
Correo electrónico: haaj@haaj.org
ISSN: 1578-5319
ISSN-e:1988-205X

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias. Edición impresa en papel ecológico.

ÍNDICE

1. EDITORIAL

Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones
Jose A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez, Álvaro García del Castillo-López y Paulo C. Dias *5-14*

2. ORIGINALES

Factores asociados en la relación alcohol-conducción en jóvenes conductores
Jose Antonio Giménez, Patricia Motos y Maria Teresa Cortés-Tomás *15-26*

Prácticas sexuales y conocimiento sobre el vih/ sida entre usuarios de drogas en una comunidad urbana de bajos ingresos en Costa Rica
Manuel Chacón, Kenia Barrantes, Rosario Achí, Mary Comerfold y Clyde McCoy *27-36*

Alcohol y amnesia en universitarios de Argentina y España: prevalencia y predicción
Karina Conde, Milena Laura Remaggi y Mariana Cremonte *37-46*

Panorama actual en el uso de drogas emergentes
Helen Dolengevich-Segal, Jorge Gómez-Arnau, Beatriz Rodríguez-Salgado, María Frenzi Rabito-Alcón y Javier Correas-Lauffer *47-58*

Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes
Félix Zurita y Jose Ignacio Álvaro *59-70*

Educación social y formación en drogodependencias
Encarna Bas-Peña *71-83*

INDEX

1. EDITORIAL

Information analysis in drug consumption and other addictions prevention
Jose A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez, Álvaro García del Castillo-López and Paulo C. Dias *5-14*

2. ORIGINALS

Related factors in driving under the influence of alcohol among young drivers
Jose Antonio Giménez, Patricia Motos and Maria Teresa Cortés-Tomás *15-26*

Sex practices and knowledge about hiv/aids among drug users in a low-income urban community of Costa Rica
Manuel Chacón, Kenia Barrantes, Rosario Achí, Mary Comerfold and Clyde McCoy *27-36*

Alcohol and blackout in university students of Argentina and Spain: prevalence and prediction
Karina Conde, Milena Laura Remaggi and Mariana Cremonte *37-46*

A current approach on the use of emergent drugs
Helen Dolengevich-Segal, Jorge Gómez-Arnau, Beatriz Rodríguez-Salgado, María Frenzi Rabito-Alcón and Javier Correas-Lauffer *47-58*

Effect of snuff and alcohol on academics and family factors in adolescent
Félix Zurita and Jose Ignacio Álvaro *59-70*

Social education and training in drug addiction
Encarna Bas-Peña *71-83*

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2014
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1, 5-14

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

INFORMATION ANALYSIS IN DRUG CONSUMPTION AND OTHER ADDICTIONS PREVENTION

Jose A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez, Álvaro García del Castillo-López y Paulo C. Dias

Abstract

Traditionally a large proportion of the preventive programs focused in drugs and other addictions among adolescents and young people have drawn on the information as a core strategy to discourage the consumption, using arguments based in the consequences of the deterioration being substance consumers, as well as in the abuse of other non chemical addictive behaviors. The classical approach is based on the rational decision process among young people to do the consumption or not, therefore if they were properly informed about the risks they would choose the no consumption. Is essential to address the importance of three topics around the information issue: degree and quality information among young people, degree and quality information among parents and information source search about drugs and its credibility degree. The models of transmission and information content used by the commercial advertising may be more appropriate and effective than the 'fear resort' within health behaviors and addictions in general. The trend of health message promoters continue to be the communication of risk and negative consequences, following the fear resort way. We propose that would be more effective using positive messages enforcing a healthy lifestyle.

Keywords: Addiction prevention, Addiction information, Fear resort.

Resumen

Tradicionalmente gran parte de los programas preventivos de drogas y otras adicciones dirigidos a preadolescentes y adolescentes, se han apoyado en la información como estrategia fundamental para disuadir el consumo, utilizando argumentos basados en las consecuencias del deterioro al ser consumidores de sustancias, así como en el abuso de otras conductas adictivas no químicas. El enfoque clásico se apoya en que los jóvenes toman sus decisiones de consumir, o no, en base a una elaboración racional, por tanto en el caso de estar informados de los riesgos que asumen al consumir optarían por no hacerlo. Es fundamental incidir en la importancia que adquieren tres cuestiones alrededor de la información: el nivel y calidad de la información que tienen los jóvenes, el nivel y calidad de la información que tienen los padres y la búsqueda de las fuentes de información sobre drogas y su nivel de credibilidad. Posiblemente los modelos de transmisión y contenido de información que utiliza la publicidad comercial podrían ser más adecuados y eficaces que los del recurso al miedo en el ámbito de los comportamientos de salud, y por supuesto, de las adicciones en general. La tendencia de los promotores de mensajes de salud sigue siendo la de transmitir las consecuencias y los riesgos, en la línea de la apelación al miedo. Presumimos que se alcanzaría una mayor eficiencia con mensajes positivos, reforzando los estilos de vida saludables.

Palabras clave: Prevención de adicciones, Información sobre adicciones, Recurso al miedo.

Correspondencia: Dr. José A. García del Castillo.
Universidad Miguel Hernández.
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).
Campus de Sant Joan d'Alacant. 03550
Sant Joan d'Alacant, Alicante (España) E-mail: jagr@umh.es

La información en sí misma cuenta con muchas formas de ser abordada, entendida y utilizada, hasta el punto de que esas cuestiones serán las que marquen realmente su valor futuro en el conocimiento y en el comportamiento. En cualquier proceso de comunicación humana la transmisión de información es, además de imprescindible, un referente para que se pueda generar una relación de influencia y, por lo tanto, de posible cambio. Como indicó Hewstone (1990), la comunicación implica intercambio de mensajes entre dos o más participantes caracterizado por el uso intencional, consciente (a cierto nivel de conciencia) de un sistema simbólico mutuamente inteligible. No existe controversia alguna en la afirmación clásica de que la "información es poder", porque desde el punto de vista global, se entiende que la información es necesaria, o mejor, imprescindible, para el buen desarrollo de cualquier actividad, pero además incide directamente en las posibles formas de influencia por parte de quien la posea.

Según señala Soengas (2009), la información es un bien público y debería de ser accesible por igual para todos los ciudadanos. Este punto de vista incide sobre todo en cuestiones que pueden ser relevantes para el bienestar y la calidad de vida, además de para lo que el autor refiere más expresamente, la sustentación del poder.

La información se construye en su origen con datos, pero al final va mucho más allá construyendo el conocimiento (Rendón, 2005). De esta construcción podríamos considerar el posterior desarrollo del comportamiento, si solamente se sustentara en información y conocimiento, pero sabemos que la forma en la que conducimos nuestras acciones se sustenta además en otros procesos básicos como la motivación, las actitudes y creencias o las emociones, por considerar algunos de ellos.

Una de las cuestiones más importantes acerca de la información la encontramos alrededor de las fuentes. Como veremos la fuente de información pasará a un primer plano, ya que será la garantía de ser más o menos fidedigna, creíble y, por tanto, utilizable. En la actualidad contamos con una amplia diversidad de fuentes gracias a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, lo que por una parte facilita las búsquedas y por otra complica las garantías de autenticidad. De hecho no es difícil encontrar información basada en fuentes terciarias, que tras un largo recorrido se han deteriorado y entran en contradicción o tergiversan a las fuentes primarias.

En la prevención del consumo y en las intervenciones de prevención de adicciones en general, la información es una de las constantes que podemos encontrar en cualquiera de los programas que revisemos en el ámbito nacional e internacional (Hernández, Espada, Piqueras, Orgiles, García, 2013; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero, Gómez-Maqueo, 2011; Ringwalt, Clark, Hanley, Shamblen, Flewelling, 2010). No obstante, una de las cuestiones omnipresentes, en torno al suministro de información, sobre los peligros del consumo de drogas y otras adicciones, es lo controvertido de su impacto en los receptores y cómo puede traducirse en una medida contraproducente, muy al contrario de la intención primaria. En esta línea, textos tan clásicos como el de Bermann (1926), nos ilustran magistralmente del fracaso de medidas informativas para un problema tan crítico: "¿Por qué no obrar por la exhortación al buen sentido, a la razón, mediante carteles de propaganda, conferencias, buenos consejos? Estos medios han fallado lastimosamente. Para mal tan antiguo y tan hondo quedan sin eficacia medidas tan suaves" (Bermann, 1926, 335).

Cuando la información se emplea como única medida preventiva, se relaciona directamente con la percepción de riesgo del receptor. Para que sea realmente preventiva la información debería de incidir sobre el riesgo percibido, cosa que sucede en función de la edad de las personas. Sabemos, en general, que a mayor edad mayor percepción de riesgo y viceversa, independientemente de la cantidad de información que se posea. No obstante, como sugieren algunos autores (García del Castillo, 2012; García del Castillo, García del Castillo-López, Días, López-Sánchez, Gázquez, Lloret y Segura, 2014), el control del riesgo puede estar supeditado a la cantidad de experiencias e información que tenga la persona, aunque muchos comportamientos, aun teniendo información fidedigna, superan la barrera de riesgo asumible, porque entran en juego factores como el azar, la ilusión de invulnerabilidad o la minimización del daño que se podría padecer en el caso de que las cosas no salieran

como se habían previsto previamente en base a la información o experiencia.

Las personas, en gran cantidad de ocasiones, son incapaces de hacer valoraciones de las situaciones de una forma totalmente objetiva, entre otros motivos porque pueden estar bajo la influencia directa o indirecta de variables externas a ellos, como por ejemplo los amigos o el propio contexto, o bien, porque las valoraciones que llevan a cabo las hacen de forma subjetiva, disminuyendo la posible vulnerabilidad ante las consecuencias. Las cogniciones pueden perfectamente sesgarse en función de la información recibida (Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno, 2012) y, añadiríamos, de la interpretación que se haga de esa información.

Tradicionalmente gran parte de los programas preventivos de drogas y otras adicciones dirigidos a preadolescentes y adolescentes, se han apoyado en la información como estrategia fundamental para disuadir el consumo, utilizando argumentos en base a las consecuencias de deterioro al ser consumidores. El enfoque clásico se apoya en que los jóvenes toman sus decisiones de consumir, o no, en base a una elaboración racional, por tanto en el caso de estar informados de los riesgos que asumen al consumir optarían por no hacerlo. Los estudios clásicos sobre este supuesto muestran la ineficacia de esta medida (Botwin, 1995; Botwin y Botwin, 1992; Bangert-Drowns, 1988; Bruvold y Rundall, 1988; Tobler, 1986). En un meta-análisis llevado a cabo por Espada, Rosa y Méndez (2003), se verificó nuevamente que los programas basados en la información son menos eficaces que los que utilizan otras estrategias. Pero un dato importante de este estudio es que se verifica que todos los programas preventivos analizados, un total de 15, cuentan con la información como variable interviniente.

El tratamiento que configura el mensaje informativo va a ser crucial para que el impacto en el receptor se materialice de una manera positiva, negativa o neutra. Como veremos, las formas de elaborar el mensaje han sido ampliamente estudiadas desde la psicología y la publicidad para poder influir en los receptores o público objetivo y de este modo inducir a la compra de un producto o servicio. Como señalan Suárez y Pérez (2001, 10) "el fin de la publicidad es siempre convencernos y persuadirnos de algo. De alguna manera, debe inducirnos a consumir un producto, a comprar un servicio o a cambiar de opinión respecto a algún tema".

El fin último de los mensajes de salud estaría en esta misma línea de acción, intentando persuadir al receptor de los beneficios que reporta un comportamiento sano frente a uno de riesgo, aunque en muchas ocasiones, como veremos, la búsqueda de información se encamina hacia la intención de consumo, más que a la protección de la salud.

NIVEL DE INFORMACIÓN Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE LOS JÓVENES

En general existe una gran disparidad de medios por los que la población tiene acceso a la información sobre drogas y otras adicciones. Según el estudio EDADES (PNsD, 2011), las vías por las que más información reciben los ciudadanos españoles, es a través de los medios de comunicación (64,4%), seguido de los amigos o compañeros de trabajo (24,6%). Como podemos comprobar en la Figura 1, resulta sorprendente que los profesionales sanitarios únicamente alcancen un 8% del total o que los cursos especializados no lleguen al 13%.

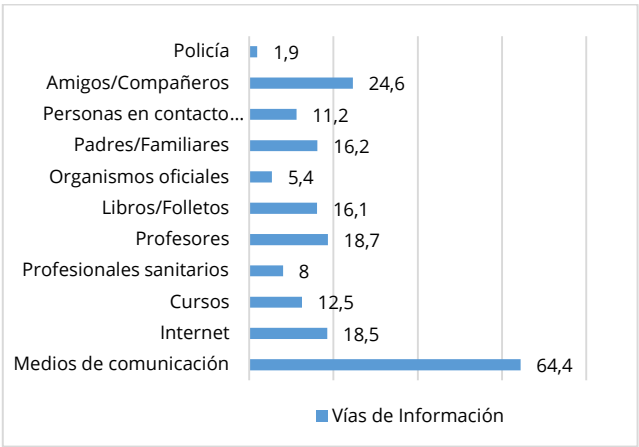

Figura 1. Vías de entrada de la información en población general española (Modificado de EDADES, PNsD, 2011)

Para los más jóvenes, la entrada de información va unida a los programas de prevención que contienen cursos o charlas informativas en su mayor porcentaje (67.5%). No obstante también cuentan con otras vías de acceso a la información sobre drogas y otras adicciones

vinculadas a las madres (67,3), los profesores (61,4%) o los medios de comunicación (61%) (PNsD, 2010). En la Figura 2, podemos comprobar todas las fuentes de información de los jóvenes españoles entre 14 y 18 años de edad.

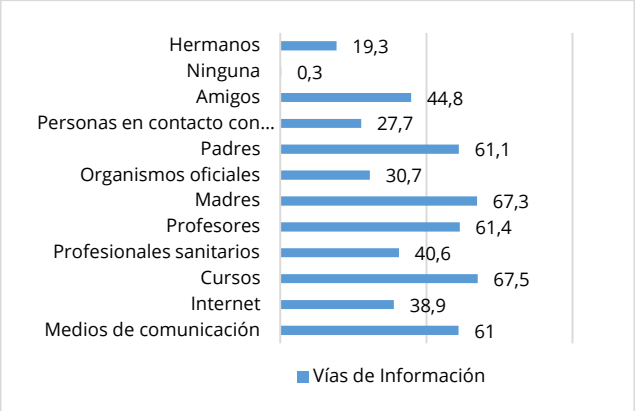

Figura 2. Fuentes de información sobre drogas de jóvenes entre 14-18 años (Modificado de PNsD, 2010)

Es fundamental incidir en la importancia que adquieren tres cuestiones alrededor de la información:

1. El nivel y calidad de la información que tienen los jóvenes.

2. El nivel y calidad de la información que tienen los padres.

3. La búsqueda de las fuentes de información sobre drogas y otras adicciones, y su nivel de credibilidad.

1. En relación a la primera de estas cuestiones, existe una gran variabilidad en función de la edad de los jóvenes, ya que a mayor edad cuentan con una mayor cantidad de conocimientos, que se pueden atribuir tanto a los programas y acciones preventivas, como a la búsqueda que los propios jóvenes realizan, apuntando hacia un efecto maduración (Gázquez, García del Castillo y Espada, 2011). De hecho en la población universitaria encontramos que los niveles y calidad de la información son más que suficientes tanto en el plano objetivo (López, Santín, Torrico y Rodríguez, 2003) como en el subjetivo o percibido (García del Castillo, Gázquez y García del Castillo-López, 2011) (Figura 3), en comparación con población más joven donde la información se encuentran en niveles medio-bajos (García del Castillo, López-Sánchez, Fernández y Santos 2001), lo que corrobora por una parte el efecto maduración y, por otra, los efectos que pueden producir la información preventiva y la búsqueda de información de los propios jóvenes.

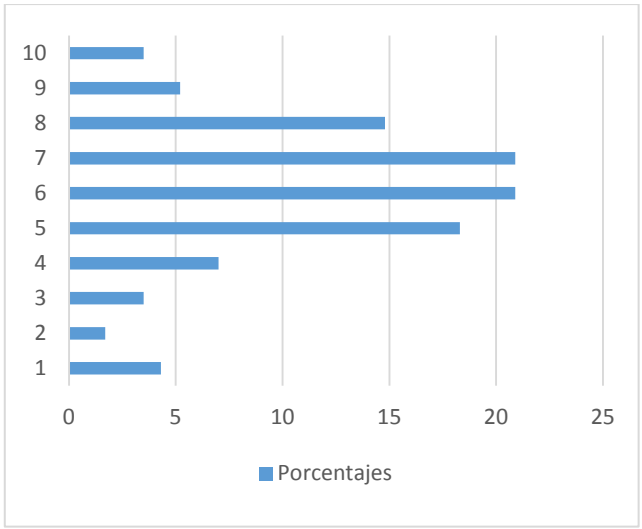

Figura 3. Nivel de información percibida de una población de jóvenes universitarios (Modificado de García del Castillo et al., 2011)

2. El nivel y calidad de la información que tienen los padres ha de ir acompasado con su percepción de responsabilidad en la educación. Más del 75% de los padres se consideran los máximos responsables de la educación de los hijos (Abbate, 2006; Escutia, Robles, Oudhof, Villafaña y Garay, 2014; García del Castillo et al., 2001; Peréz-Díaz, Rodríguez y Sánchez, 2001). Para ello tienen que estar preparados en un campo de acción que abarca numerosas frentes. Para poder afrontar con éxito el proceso educativo, necesitan contar con un aliado inexcusable que es la información, pero cualquier información no es útil, tiene que ser una información de calidad que les posibilite su tarea y que optimice el proceso educativo. Algunos estudios han recogido la cantidad de información de los padres, bien de forma percibida: "La información que tiene sobre las drogas la considera" (Pinazo y Pons, 2005, 337) (Figura 4), bien de forma cuantitativa (García del Castillo et al., 2001) (Figura 5).

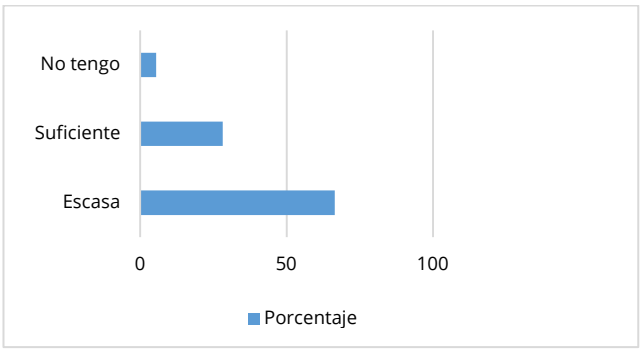

Figura 4. La información percibida sobre drogas (Pinazo y Pons, 2005)

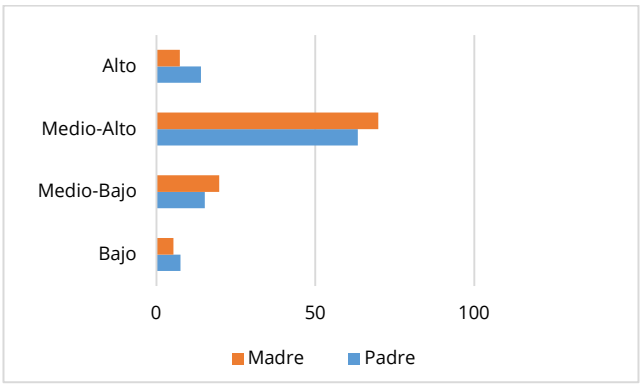

Figura 5. Información cuantitativa sobre drogas de los padres (García del Castillo et al., 2001)

Aunque sea grosso modo, y en secuencias e investigaciones diferentes, coincide que la información percibida es más baja comparada con la real en cuanto a la cantidad y calidad de la información básica que tienen los padres sobre drogas.

3. En cuanto al tercer aspecto, la búsqueda de las fuentes de información sobre drogas y su nivel de credibilidad, habría que señalar en primer lugar que la búsqueda de información sobre drogas y otras adicciones por la población universitaria tiene un doble objetivo, por una parte aumentar el nivel de conocimiento y, por otra, la intención de consumo de los que recaban la información (Ying, Jisoo, Lewis y Martínez, 2014).

Las sustancias más consultadas se circunscriben al tabaco y el alcohol (drogas legales) y al cannabis y la cocaína (drogas ilegales) (Segura, García del Castillo y López-Sánchez, 2010; García del Castillo et al., 2011). La elección de las fuentes se concentra en más del 73% de los casos en páginas web de instituciones especializadas y páginas web especializadas, seguidas de fundaciones en un 13%. La mayor credibilidad se encuentra en libros y revistas de divulgación científica seguido de prensa y radio (García del Castillo et al., 2011) (Figura 6).

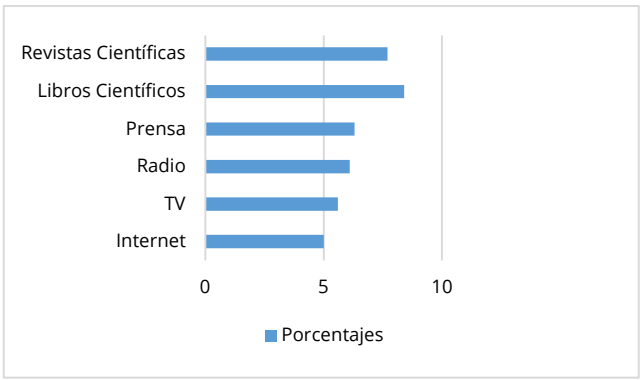

Figura 6. Credibilidad de las fuentes de información sobre drogas (Modificado de García del Castillo et al., 2011)

EL VALOR DE LA INFORMACIÓN SOBRE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES Y TIPOS DE MENSAJES

La información sobre drogas y otras adicciones adquiere un papel preponderante, como hemos señalado, en prácticamente todas las acciones preventivas. Su relación con variables fundamentales en el comportamiento de consumo es incuestionable y, de hecho, está implicada en algunas de las variables más significativas vinculadas a la iniciación al consumo, como es la percepción de riesgo y la percepción de vulnerabilidad, dos constructos íntimamente unidos.

Seguimos en la creencia de que la percepción de riesgo regula la probabilidad de comenzar a consumir y de mantener los consumos (García del Castillo, 2012). Los jóvenes desarrollan la capacidad de compensar la información para comenzar a consumir, mediante la ilusión de invulnerabilidad, que los lleva a pensar que las consecuencias negativas del consumo de sustancias se darán en los demás pero no en uno mismo (Mietzel, 2005). Teóricamente, para que las variables de percepción de riesgo y percepción de vulnerabilidad funcionen adecuadamente, se ha de dar la condición de que el joven cuente con información de calidad, que asuma como peligroso el comportamiento de consumo en sí mismo y se diluya la ilusión de invulnerabilidad. La percepción de vulnerabilidad, según Gil-Lacruz (2007) potencia la motivación para llevar un estilo de vida sano.

Para que los niveles de información sobre sustancias se empiecen a configurar, los jóvenes tienen que alcanzar una edad entre los 9 o 10 años, que podríamos considerar temprana (Sierra, Pérez, Pérez y Núñez, 2005). Como señalan estos autores, los padres abordan el tema de las drogas y otras adicciones a partir de las preguntas de sus hijos, utilizando mensajes de miedo fundamentalmente ("son malísimas, te destrozan la vida, te enganchan,..."), que suelen resultar bastante confusos para los receptores jóvenes, sobre todo, si tienen modelos cercanos que consumen sustancias socialmente aceptadas o comportamientos de adicción psicológica. Por otra parte sabemos que los primeros consumos de sustancias legales, como por ejemplo el alcohol, suelen inducirse por los propios progenitores de manera indirecta, permitiendo que sus hijos beban a colación de algún acontecimiento familiar festivo o recreativo y de manera directa como modelos consumidores. Según Espada, Pereira y García-Fernández (2008), uno de los indicadores principales en el consumo de alcohol de los jóvenes está asociado con el consumo de su mejor amigo y de sus hermanos.

La información persuasiva, desde los estudios clásicos de la Psicología Social, se apoya en las investigaciones del grupo de Yale sobre persuasión (Hovland, Janis y Kelley, 1953; Hovland y Janis, 1959). Como recoge (Moya, 1999), la repercusión de los mensajes en los receptores, según las teorías de la persuasión, se modula en cuatro procesos:

- Atención: no todos los mensajes son atendidos por el receptor.
- Comprensión: los mensajes ambiguos, complejos o dispersos pueden perder su efecto.
- Aceptación: cuando los receptores, después de superar los dos procesos anteriores, están de acuerdo con el mensaje recibido.
- Retención: para que la información sea realmente persuasiva, necesita perdurar en el tiempo.

Posteriormente será McGuire (1969, 1985), quien proponga reducir los procesos a dos: recepción y aceptación. Con el desarrollo de la teoría de la respuesta cognitiva, se da un nuevo paso en los procesos del mensaje persuasivo, iniciado ya por McGuire. Esta teoría formula que los mensajes recibidos por el receptor son evaluados con los conocimientos y actitudes que previamente tiene el receptor para que puedan generar respuestas cognitivas. Como señalan (Petty y Cacioppo, 1981, 1986; Petty, Ostrom y Brock, 1981), aquellos pensamientos que coinciden con el mensaje tienen efecto persuasivo, pero los que no coinciden no generan persuasión e incluso pueden actuar de forma inversa (el llamado "efecto boomerang"). Investigaciones posteriores (Briñol, De la Corte y Becerra, 2001) demuestra que cuando los mensajes son más convincentes y coinciden con que el estado de ánimo de la persona es positivo, la probabilidad de que se generen pensamientos positivos hacia los mensajes persuasivos es mayor. Estos mismos investigadores han propuesto posteriormente que la autoafirmación aumenta la persuasión cuando los pensamientos del receptor sobre el mensaje recibido son favorables y viceversa (Briñol, Becerra, Gallardo, Horcajo y Valle, 2004).

Tradicionalmente los mensajes se plantean en dos formatos claramente diferenciados, de hecho Aristóteles ya lo establecía así en su "Retórica", por una parte, los que se basan en lo puramente racional, es decir, que tratan de plantear la información lo más realistamente posible, intentando cubrir objetivos claros y concisos haciendo siempre referencia a estudios contrastados y fehacientes. Como señalan Briñol, De la Corte y Becerra (2001), los mensajes racionales intentan argumentar basándose en la deducción o en la inferencia para forzar en el receptor el análisis y la reflexión. Y por otra parte, los mensajes emocionales, que pueden tener una doble vertiente:

- Emocional positiva, que es la que suele emplearse mayoritariamente en los mensajes publicitarios y giran en torno a emociones de las percibidas como "buenas" o positivas (amor, felicidad, alegría, gozo, afecto, etc.).
- Emocional negativa, lo que denominamos apelación o recurso al miedo, que se sustenta en mensajes que intentan activar la emoción de miedo ante posibles comportamientos.

Según Briñol et al. (2001) existe evidencia empírica de la eficacia de los mensajes con mezcla de racional y emotivo, aunque en la actualidad sigue la controversia cuando se busca efectividad en el cambio de actitudes del receptor, de tal forma que los mensajes con componentes racionales serán mejores cuando el componente que se desea modificar es el cognitivo. En cambio cuando el que se desea modificar es el componente afectivo, tendrán más efectividad los mensajes emotivos. No obstante parece ser que existe evidencia empírica en los dos sentidos, es decir, que autores como Millar y Millar (1990), señalan que los argumentos serían al contrario, un mensaje racional sería más efectivo para el cambio del componente afectivo y un mensaje emocional para el cambio del componente cognitivo.

En el marketing de salud resulta complicado no apelar al miedo en sus mensajes, porque normalmente la información se dirige hacia las consecuencias de un comportamiento de riesgo. Ordoñana y Gómez (2002), apuntan que los mensajes preventivos y de promoción de la salud pueden generar efectos tanto positivos como negativos, en función de las características del mensaje.

El estudio de los mensajes de miedo cuenta con propuestas teóricas consistentes, como el Modelo de Respuesta Paralela Extendido que se desarrolla a partir de los formulados por Leventhal (1970, 1971) sobre mensajes de miedo y Rogers (1975, 1983, 1985) desde la teoría de la Motivación Protectora. Pero es Witte (1992a, 1992b, 1998; Witte y Allen, 2000), quien plantea que depende de cómo se presente el mensaje de miedo para que la persona lo valore como amenaza en función de la severidad percibida sumada a la cantidad de vulnerabilidad que perciba. Si el mensaje de miedo lo interpreta el sujeto como superable no se producirá el proceso motivacional deseado.

La cuestión principal de este tipo de mensajes, siempre ha girado en torno a la cantidad de efectividad que pueden tener. Parece ser que los mensajes que suscitan miedo son más efectivos cuando se dan las siguientes condiciones (Rogers y Mewborn, 1976):

- Extrema gravedad: el mensaje proporciona sólidos argumentos sobre la posibilidad de que el receptor sufra de forma extrema alguna consecuencia negativa.
- Posibilidad de ocurrencia: los argumentos explican que estas consecuencias negativas son muy probables que ocurran si no se adoptan las recomendaciones sugeridas.
- Evitación del problema: el mensaje asegura que con la adopción de sus recomendaciones evitará con seguridad las consecuencias negativas.
- Autoeficacia: creencia del receptor del mensaje de que podrán llevar a cabo las recomendaciones sin muchas dificultades.

En esta misma línea Ordoñana y Gómez (2002), afirman que para que un mensaje de miedo tenga una mayor probabilidad de generar efectos positivos en el comportamiento del sujeto, deben de cumplirse algunas condiciones:

a) Tienen que activar una respuesta atencional, sustentada en argumentos con una consistencia óptima para el sujeto receptor.

b) Tiene que contar con consejos que el sujeto perciba claramente que le evitarán cualquier tipo de riesgo en el caso de seguirlos.

c) Se tiene que utilizar información verídica y creíble.

Las recomendaciones para que aumente la eficacia de los mensajes de miedo, según Rodríguez (2011), atenderían a los siguientes supuestos:

- Evaluar detenidamente los riesgos reales.
- Tener conocimiento de los destinatarios para poder adecuar los mensajes a la audiencia.
- La advertencia debe de experimentarse como cercana, dentro de unos márgenes que puedan repercutir en el receptor objetivo.
- La fuente del mensaje debe de ser totalmente creíble.
- Enviar los mensajes pautados para recordar constantemente la situación.

- Como en los casos anteriores, las recomendaciones o consejos deben de presentarse con claridad para que no exista ninguna duda de que si se siguen se evitará el daño.

Aunque las investigaciones han ido avanzando en la búsqueda de soluciones para resolver la controversia sobre la efectividad de los mensajes de miedo, la utilización de este tipo de información sigue siendo una constante en un gran número de diseños, fundamentalmente los referidos a temas de salud y campañas de tráfico.

CONSIDERACIONES FINALES

Posiblemente los modelos de transmisión y contenido de información que utiliza la publicidad comercial podrían ser más adecuados y eficaces que los del recurso al miedo en el ámbito de los comportamientos de salud. La tendencia de los promotores de mensajes de salud sigue siendo la de transmitir las consecuencias y los riesgos, en la línea de la apelación al miedo. Presumimos que se alcanzaría una mayor eficiencia con mensajes positivos, reforzando los estilos de vida saludables.

Al igual que las campañas publicitarias comerciales que se apoyan en las bases de la influencia para promocionar sus productos, se podría proponer adaptar los principios de influencia de Cialdini (1984) para aplicarlos a los programas de prevención:

1. Reciprocidad: Las personas tienen necesidad de devolver cuando reciben algo, para poder reestablecer el equilibrio. Un ejemplo en el ámbito de las adicciones sería el de potenciar la figura de los mediadores de salud que ofrecen su ayuda a los jóvenes a cambio de que modifiquen su estilo de vida.

2. Coherencia y compromiso: Las personas tienen necesidad de comportarse consecuentemente con lo que piensan, hacen y dicen. Un ejemplo en el ámbito de las adicciones sería modificar las actitudes de los jóvenes hacia el mantenimiento de la salud.

3. Aprobación social: Las personas tienden a imitar el comportamiento de los demás para no equivocarse. Un ejemplo en el ámbito de las adicciones sería promocionar los comportamientos saludables que ostentan la mayoría de los jóvenes, para que pasaran a ser un comportamiento normativo.

4. Simpatía: Las personas son mucho más influenciables por modelos simpáticos y agradables. Un ejemplo en el ámbito de las adicciones sería implementar campañas con comportamientos positivos, utilizando modelos atractivos que sirvan de referencia a la población joven.

5. Autoridad: Las personas tienden a dar más credibilidad y ser más obedientes ante quien ostenta autoridad. Un ejemplo en el ámbito de las adicciones sería apoyar campañas de salud mediante referentes de autoridad.

6. Escasez: Las personas tienden a darle más valor a las cosas que escasean. Un ejemplo en el ámbito de las adicciones sería "prohibir" determinados comportamientos saludables para incitar el interés de los jóvenes.

Las acciones preventivas que se apoyan en la información como soporte prioritario, siguen utilizando un diseño orientado a la descripción de las sustancias y a las consecuencias del consumo, al igual que los comportamientos de adicción psicológica. Lemas como "Drogas: más información, menos riesgos", no son coherentes con la realidad preventiva, al igual que tampoco lo fueron los mensajes de "Dí no a las drogas" criticado ampliamente por Newcomb y Bentler (1988). Habría que intentar ser consecuentes con la investigación y suministrar la información sobre drogas y otras adicciones desde un campo más amplio de acción, remarcando los aspectos positivos de los estilos de vida saludables, que puedan servir de referente normativo a la población joven.

REFERENCIAS

Abbate, F. (2006). Educación sexual del adolescente. Rev. Asociación Médica Argentina, 119(3), 12-4.

Bangert-Drowns, R.L. (1988). The effects of school-based substance education: A meta-analysis. Journal of Drug Education, 18, 243-265.

Bermann, G. (1929). Toxicomanías. Buenos Aires: El Ateneo.

Botwin, G.J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. Psicología Conductual, 3(3), 333-356.

Botwin, G.J. y Botwin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. Development and Behavioral Pediatrics, 13, 290-301.

Briñol, P., Becerra, A., Gallardo, I., Horcajo, J. y Valle, C. (2004). Validación del pensamiento y persuasion. Psicothema, 16(4), 606-610.

Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). Qué es persuasión. Madrid: Biblioteca Nueva.

Bruvold, W.H. y Rundall, T.G. (1988). A meta-analysis and theoretical review of school based tobacco and alcohol intervention programs. Psychology and Health, 2(1), 53-78.

Cialdini, R.B. (1984). Influence: The Psychology of Persuasion. New York: Morrow.

Concha, D., Bilbao, M.A., Gallardo, I., Páez, D. y Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. Salud y Sociedad, 3 (2), 115-129.

Escutia, M., Robles, E., Oudhof, H., Villafaña, L.G. y Garay, J. (2014). Tareas de crianza de padres mexicanos con hijos adolescents. Ciencia Ergo Sum [en linea] 2014, 21 (Marzo-Junio): [Fecha de consulta: 8 de julio de 2014] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10429976003> ISSN 1405-0269.

Espada, J.P., Pereira, J.R. y García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescents. Psicothema, 20(4), 531-537.

Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. Health & Addictions/Salud y Drogas, 3(2), 61-81.

García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Health & Addictions/Salud y Drogas, 12(2), 133-151.

García del Castillo, J.A., García del Castillo-López, A, Días, P., López-Sánchez, C., Gázquez, M., Lloret, D. y Segura, M.C. (2014). Percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol. En J.A. García del Castillo y P. Días (coord.). Estudos sobre o álcool: Contributos para a prática. Lisboa: PEDAGO (En prensa).

García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C., Fernández, S. y Santos, C. (2001). Estudio sobre tabaco, alcohol y otras drogas en El Campello. Alicante: INID.

Gázquez, M., García del Castillo, J.A. y Espada, J.P. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. Psicothema, 23(4), 537-543.

Gil-Lacruz, M. (2007). Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Hernández, O., Espada, J.P., Piqueras, J.A., Orgiles, M. y García, J.M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas SALUDA: evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. Health & Addictions/Salud y Drogas, 13(2), 135-144.

Hewstone, M. (1990). The 'ultimate attribution error'? A review of the literature on intergroup causal attribution. European Journal of Social Psychology, 20(4), 311-335.

Hovland, C. I. y Janis, I. L. (1959). Personality and persuasibility. New Haven, CT: Yale University Press.

Hovland, C.I., Janis, I. y Kelley, H.H. (1953). Comunication and persuasion. New Haven, CT: Yale University Press.

Leventhal, H. (1970). Findings and Theory in the Study of Fear Communications. In L. Berkowitz (Ed.). Advances in Experimental Social Psychology (119-186). California: Academic Press.

Leventhal, H. (1971). Fear appeals and persuasion: The differentiation of a motivational construct. American Journal of Public Health, 61, 1208-1224.

López, M.J., Santín, C., Torrico, E. y Rodríguez, J.M. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. Psicología y Salud, 13(1), 5-17.

McGuire, W. J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey y E. Aronson (Eds.). The handbook of social psychology. New York: Random.

McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey y E. Aronson (Eds.). The handbook of social psychology. New York: Random.

Mietzel, G. (2005). Claves de la psicología evolutiva: Infancia y juventud. Barcelona: Herder.

Millar, M.G. y Millar, K.U. (1990). Attitude change as a function of attitude type and argument type. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 217-228.

Moya, M. (1999). Persuasión y cambio de actitudes. En J.F. Morales (coord.). Psicología social. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana de España (153-170).

Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1988). Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Ordoñana, J.R. y Gómez, J. (2002). Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consume de alcohol: de la teoría a la práctica. Adicciones, 14(4), 479-485.

Peréz-Díaz, V., Rodríguez, J.C. y Sánchez, L. (2001). La familia Española ante la educación de sus hijos. Colección de Estudios Sociales, 5. Barcelona: Fundación "La Caixa".

Petty, R. E. y Cacioppo, J.T. (1981). Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches. Dubuque, Iwoa: Wm. C. Brown (Reprinted 1996, Westview Press, Boulder, CO).

Petty, R.E. y Cacioppo, J.T. (1986). Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change. NY: Springer-Verlag.

Petty, R.E., Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (1981). Cognitive responses in persuasion. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Pinazo, S. y Pons, J. (2005). La implicación de los padres en los programas preventivos del consume de drogas: Un estudio empírico. En J.R. Fernández y R. Secades (cords.). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

PNsD (2010). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

PNsD (2011). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

Rendón, M.A. (2005). Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. Ciencias de la Información, Brasília, 34(2), 52-61.

Ringwalt, C. L., Clark, H. K., Hanley, S., Shamblen, S. R. y Flewelling, R. L. (2010). The effects of Project ALERT one year past curriculum completion. Prevention Science, 11, 172-184.

Rodríguez, R. (2011). La efectividad del uso del miedo como factor persuasivo en la comunicación de riesgos en las crisis sanitarias. Revista de Comunicación y Salud, 1(2), 33-46.

Rodríguez, S.E., Díaz, D.B., Gracia, S.E., Guerrero, J.A. y Gómez-Maqueo, E.L. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescents. Salud Mental, 34, 27-35.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 91(1), 93-114.

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo y R.E. Petty (eds.). Social Psychology: a source book (153-156). Nueva York: Guildford Press.

Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. Psychological Reports, 56(1), 179-182.

Rogers, R.W. y Mewborn, C.R. (1976). Fear appeals and attitudes change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence and the efficacy of coping responses. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 54-61.

Segura, M.C., García del Castillo, J.A. y López-Sánchez, C. (2010). Patrones de uso y búsqueda de información sobre adicciones en Internet. Health and Addictions/Salud y Drogas, 10(1), 111-135.

Sierra, D.R., Pérez, M., Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. Adicciones, 17(4), 349-360.

Soengas, X. (2009). Los vínculos entre la información y el poder en la sociedad actual. Revista ICONO 14, 12, 292-322.

Suárez, J.C. y Pérez, M.A. (2001). La publicidad al desnudo. Sevilla: MAD.

Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. Journal of Drug Issues, 16(4), 537-567.

Witte, K. (1992a). Message and conceptual confounds in fear appeals: the role of threat, fear, and efficacy. The Southern Communication Journal, 58, 147-155.

Witte, K. (1992b). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. Communication Monographs, 59, 329-349.

Witte, K. (1998). Fear as motivator fear as inhibitor: Using the Extended Parallel Process Model to explain fear appeal successes and failures. In P. Andersen y L. Guerrero (Eds.). Handbook of Communication & Emotion. (423-450). California: Academic Press.

Witte, K. y Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. Health Education & Behavior, 27(5), 591-615.

Ying, M.A., Jisoo, A.H.N., Lewis, N. y Martínez, L. (2014). Are drug prevention efforts fulfilling the informational needs of college students? A survey of engagement with information about topics related to marijuana and amphetamines from media, medical and interpersonal sources. 142nd APHA Annual Meeting and Exposition. New Orleans.

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2014
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1, 15-26

FACTORES ASOCIADOS EN LA RELACIÓN ALCOHOL-CONDUCCIÓN EN JÓVENES CONDUCTORES

RELATED FACTORS IN DRIVING UNDER THE INFLUENCE OF ALCOHOL AMONG YOUNG DRIVERS

Jose Antonio Giménez[1], Patricia Motos[1] y Maria Teresa Cortés-Tomás[1]

[1]Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universitat de València

Abstract

Driving under the influence of alcohol is a major road safety problem. Added to this there is a progressive homogenization of the new patterns of youth intensive use of alcohol (binge drinking). This implies the need to adapt the content of prevention programs implemented with this population.

This paper reviews the determinants involved in this risky behavior, depending on the pattern of consumption (CIA/noCIA) and the driving experience (Learner/Experienced) among college students (n = 340).

The results reflect a general lack of knowledge on issues related to both traffic regulations as to aspects of the substance.

Drivers with higher intakes also show a lower perception of risk to this behavior.

These results provide updated information that allows adjust the interventions in the field of road safety needs of this population.

Keywords: Alcohol, Driving, Prevention, Youth.

Resumen

La conducción bajo los efectos del alcohol es uno de los grandes problemas en la Seguridad Vial. A ello se une una progresiva homogeneización de los nuevos patrones de consumo intensivo de alcohol (CIA) juvenil. Este hecho implica la necesidad de adaptar los contenidos de los programas preventivos aplicados con esta población.

Este trabajo parte de la revisión de los determinantes más implicados en esta conducta de riesgo, en función del patrón de consumo (CIA/noCIA) y de la experiencia del conductor (Novatos/Experimentados), entre estudiantes universitarios (n=340).

Los resultados reflejan una falta de conocimientos generalizada respecto a cuestiones relacionadas tanto con la normativa de tráfico como con aspectos de la sustancia.

Los conductores con mayores consumos también muestran una menor percepción de riesgo hacia esta conducta.

Estos resultados aportan información actualizada que permite reajustar las intervenciones dentro del campo de la seguridad vial a las necesidades de esta población.

Palabras clave: Alcohol, Conducción, Jóvenes, Prevención.

Correspondencia: Dr. José A. Giménez Costa.
Universitat de València.
Departamento de Psicología Básica
Avda. Blasco Ibáñez, 21
46010- Valencia
E-mail: jagimene@uv.es

Uno de los determinantes más frecuentemente asociado con la siniestralidad en accidentes de tráfico es el consumo de alcohol (Brady y Li, 2012; DGT, 2012; OMS, 2009; Sklar, Boissoneault, Fillmore y Nixon, 2014). Los informes del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en España evidencian que es la sustancia más detectada en análisis toxicológicos en conductores fallecidos (35.12% de casos), mostrándose una tendencia al alza en los últimos años (INTCF, 2013).

Numerosas investigaciones (Giménez y Cortés, 2000; RACC, 2009; Weiss, Kaplan y Prato, 2014) concluyen que esta sustancia afecta a las capacidades necesarias para conducir un vehículo. Destacan sus efectos sobre el rendimiento psicomotor, la visión y el comportamiento, y por ello, sobre la capacidad para conducir con seguridad, aumentando el riesgo de accidente.

Uno de los grupos poblacionales que combinan una alta siniestralidad al volante (Zhu et al., 2013) y patrones característicos de consumo de alcohol (Calafat, Adrover, Juan y Blay, 2008; Cortés y Giménez, 2004) es el de los jóvenes. Aunque representan el 17% de conductores, están involucrados en más del 60% de los accidentes de tráfico, siendo responsables de casi un 35% de accidentes mortales (ETSC, 2011). Estos se caracterizan por la ingesta de grandes cantidades de alcohol en cortos periodos de tiempo, principalmente en momentos de ocio de fin de semana, con algún grado de pérdida de control y períodos de abstinencia entre episodios. De todos los jóvenes, son los de 18 a 24 años los más propensos a consumir alcohol antes de conducir (Calafat et al., 2008; OMS, 2009; RACC, 2009).

Diferentes factores se han relacionado con esta alta siniestralidad: actitudes más negativas hacia las normas de circulación y la conducción segura, inexperiencia o características propias de la juventud -desinhibición, forzar límites, desprecio de normas,...- (Foss y Goodwin, 2014; Laapotti, Keskinen y Rajalin, 2003; Weis et al., 2014).

Para intervenir ante la conducta de riesgo que supone combinar alcohol y conducción existe suficiente evidencia de la utilidad de ciertas medidas preventivas (Ditsuwan, Veerman, Bertram y Vos, 2013; Montoro y Mayor, 1997), entre las que se encuentran las informativo/formativas, con las que se busca intervenir sobre el nivel de información acerca de la sustancia y sus efectos, las creencias distorsionadas y las habilidades que facilitan la evitación de esta conducta (Cortés y Giménez, 2004).

Un estudio de la Universidad de Girona (Olivera Planes, Conill y Grass, 2002) revela el desconocimiento sobre los efectos del alcohol (cambios comportamentales, absorción, metabolización...) que muestran un 49% de jóvenes entrevistados. Esto unido a la presencia de expectativas positivas (sociabilidad, desinhibición, etc.) hacia su consumo, facilita la ingesta de mayor cantidad de alcohol (Goldman, Darkes y del Broca, 1999).

Entre las creencias erróneas más trabajadas destacan las relacionadas con acciones o conductas que piensan que neutralizan los efectos del alcohol al volante (RACC, 2009; Viñes, 1990). Concretamente se citan: pegar una cabezadita antes de conducir (61.6%), dejar de beber una hora antes (22.3%), darse una ducha fría (18.7%), tomar café después de beber (10.2%), masticar chicles mentolados (3.8%) y beber aceite antes de consumir (2.5%) (RACC, 2009). Además es importante señalar que las creencias irracionales se acentúan conforme se incrementa el consumo (Sierra, Pérez, Pérez y Núñez, 2005).

Otros contenidos también contemplados en las medidas preventivas aluden a la falta de información sobre la normativa que regula el consumo de alcohol de los conductores (Eurobarómetro, 2010; RACC, 2009). Olivera et al. (2002) muestran como un 40% de estudiantes desconoce incluso la tasa de alcoholemia permitida.

Tampoco puede obviarse la baja percepción de riesgo, puesta en evidencia cuando en diferentes estudios (McCarthy, Pedersen, Thompsen y Leuty, 2006; RAAC, 2009) porcentajes elevados de jóvenes (44%) confirman haber conducido bajo los efectos del alcohol y más de la mitad (54%) informan haber subido a un vehículo con un conductor bebido, pese a que el 60% considera el alcohol una de las principales causas de accidentes de tráfico. Destacan los varones de 18-24 años, quienes ven menos relación entre alcohol-accidentes de circulación (21%) y reconocen haber conducido sabiendo que superaban el límite de alcoholemia (14%) (Sánchez, 2008).

Propuestas preventivas recientes llevadas a cabo en nuestro país (Arnau y Montané, 2010; Arnau, Filella,

Jariot y Montané, 2011) demuestran que medidas informativo/formativas con jóvenes conductores que abordan todos estos aspectos resultan eficaces a la hora de cambiar actitudes y de reducir el consumo de alcohol, disminuyendo conductas de riesgo.

No obstante, este tipo de intervenciones presentan problemas al implementarlas. Por un lado, aunque se realicen en la mayoría de las ocasiones en autoescuelas, muchas de ellas dependen de la voluntariedad y motivación de los profesores de formación vial (Arnau y Montané, 2010). Además, muy pocas parten de una evaluación y revisión periódica de necesidades, a pesar de ser cambiantes en el tiempo las diferentes variables que trabajan (patrón de consumo, creencias, expectativas…). Asimismo, es importante destacar la necesidad de ampliar este tipo de intervenciones a todo el colectivo de conductores debido a la dificultad de poder trabajar estos contenidos mediante campañas informativas o publicitarias que garantizan llegar a la población general, pero de las que se obtienen pocos beneficios (Becoña, 2002).

En este trabajo se propone evaluar el conocimiento sobre la normativa del consumo de alcohol al volante, de los efectos reales y esperados, de la percepción de riesgo y de las creencias relacionadas. Además, se contempla cómo todos estos aspectos varían en función de ser más o menos consumidor y ser más o menos experto al volante. Todo ello permitirá disponer de un conocimiento actualizado para ajustar las actuaciones preventivas a la nueva realidad.

MÉTODO

Participantes

Se entrevistan 340 estudiantes (52 varones/15.3%) con una media de edad de 23.23 años. La mayor parte de ellos poseen carnet de conducir (76.7%) y un 32% son noveles. Entre los no-noveles la media de años con carnet es de 5.7, aunque predominan los que lo tienen 2 (23.8%) y 3 años (21.9%).

Procedimiento

La muestra se ha obtenido a partir de la población de estudiantes de tres titulaciones de la Universitat de València que aceptaron colaborar en la investigación (Psicología, Logopedia y Trabajo Social) durante el curso 2012-2013. En cada una de ellas se seleccionaron aleatoriamente dos grupos (uno de mañana y otro de tarde). Un grupo de investigadores acudió a las clases donde los alumnos cumplimentaron anónima y voluntariamente el instrumento que se detalla a continuación. Ningún alumno se negó a participar. Se anularon aquellos cuestionarios que presentaban errores en su cumplimentación o con respuestas incongruentes, quedando al final 229 cuestionarios válidos.

Instrumento y variables

Para el presente trabajo se utilizó una versión revisada de un cuestionario previo elaborado por Motos, Giménez y Cortés (2010). La primera versión de este instrumento se confeccionó a partir de una revisión de estudios de conducción bajo los efectos del alcohol en jóvenes, de trabajos sobre recomendaciones metodológicas para este tipo de estudios (EMCDDA, 2008) y de entrevistas con jóvenes. El mismo incluía tres grandes bloques de contenido:

Un primer apartado con variables sociodemográficas (edad, sexo y peso), e información sobre pautas de conducción y consumo de alcohol. Se preguntaba si disponían del permiso de circulación y qué tipo (A1, A, B, C, BTP). En caso de conducir se les preguntaba por su frecuencia semanal. El consumo de alcohol se evaluó a partir del número de días de consumo al mes y del número de copas consumidas, tipo de bebida y tiempo transcurrido entre la primera y última copa en un episodio de consumo.

Un segundo bloque evaluaba los conocimientos sobre normativa de tráfico, alcohol y su percepción de riesgo. En concreto se les preguntó sobre la tasa máxima de alcoholemia permitida en conductores (general y noveles), y la sanción correspondiente en el caso de dar positivo (sanción económica, suspensión temporal o pérdida de puntos).

Los conocimientos sobre los efectos del alcohol en la conducción se evaluaron mediante 18 ítems dicotómicos (verdadero/falso) que recogían: efectos sobre capacidades psicofísicas implicadas en la conducción (p.e. Tu capacidad de coordinación se reducirá…), conocimiento del metabolismo del alcohol (p.e. El alcohol tomado junto con la comida, pasa a la

sangre más rápidamente…), así como conocimiento de la normativa vigente (p.e. La conducción en estado de ebriedad sólo se sanciona con una multa elevada…). También se les preguntó cuántas cervezas y cubatas podrían consumir sin dar positivo, teniendo en cuenta su peso.

Su percepción de riesgo se registró mediante dos tipos de cuestiones: número de veces que habían conducido después de haber bebido o subido a un coche con un conductor ebrio durante el último año, y número de copas que consideraban necesarias para que su conducción se volviese problemática, peligrosa e imposible.

El último bloque de preguntas contenía 22 creencias relacionadas con medidas para reducir o eliminar los efectos del alcohol al volante (p.e. Comer mucho antes de coger el coche; Tomar redbulls antes de coger el coche…) valorando cada una de ellas mediante un continuo desde "nada efectivo/1" hasta "muy efectivo/10".

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos sobre el patrón de consumo (frecuencia, cantidad y duración de los episodios), sobre variables relacionadas con la conducción (tipo de permiso, antigüedad y frecuencia), y sobre las variables relacionadas con conductas de riesgo (frecuencia de conducir tras beber y de viajar con un conductor bebido).

Los jóvenes que disponían de permiso de circulación se dividieron siguiendo dos criterios: según la antigüedad del permiso: experimentados (más de dos años de permiso) y novatos (menos de dos años de permiso); y según el consumo: CIA (>60gr en varones y >40gr en mujeres) y noCIA, siguiendo el criterio propuesto por el MSC (2008). Del cruce ambas variables se generaron 4 grupos: 1-Novato/noCIA, 2-Novato/CIA, 3-Experto/noCIA y 4-Experto/CIA.

Se implementaron tablas de contingencia y contrastes chi-cuadrado entre estos grupos y las variables relativas a nivel de conocimiento sobre los efectos esperados del alcohol, las tasas de alcoholemia permitidas y las sanciones por alcoholemia positiva. También se efectuó un ANOVA tomando esta variable como Independiente y las 22 creencias como Dependientes.

Para evaluar el número de consumiciones asociadas a una conducción Problemática, Peligrosa e Imposible, se trasformaron a gramos de alcohol el número de copas indicadas por los sujetos (1 fermentado=10gr, 1 destilados=20gr). Similar procedimiento se usó para la variable Número de cervezas y de cubatas que los sujetos creían poder consumir sin dar positivo en la prueba de alcoholemia.

RESULTADOS

Patrón de consumo de alcohol y de conducción

El 100% de la muestra consume alcohol, bebiendo al mes de media 4.59 días, mayoritariamente durante el fin de semana (66.4%; n=152). De media se consumen 67.6gr por ocasión. La duración media de cada episodio es de 3.6 horas. Un 74.2% (n=170) de los entrevistados presenta el CIA como patrón de consumo.

El tipo de permiso de conducción más predominante es el B (95%; n=217). La antigüedad media del permiso es de 3.9 años (Tabla 1). Un 44.1% (n=101) de la muestra se clasificó como "novato" y un 55.9% (n=128) de "experimentados". Un 29.7% conduce a diario, un 25.8% lo hace 2/3 días a la semana y un 23.1% sólo los fines de semana. Un 21.4% conduce con una periodicidad superior a la semanal.

Tabla 1. Características basales de la muestra

Tipo conductor	N	% varones	% mujeres	Edad (Md/DT)	gramos alcohol (Md/DT)	tiempo carnet (Md/DT)	Días conducción en semana normal (Md/DT)
Novato/No CIA	21	19	81	23.33 (4.799)	18.57 (13.148)	1.88 (.402)	2.24 (.995)
Experto/No CIA	38	26.3	73.7	27.21 (8.786)	15.92 (13.449)	7.75 (3.09)	2.34 (1.047)
Novato/CIA	82	13.4	86.6	21.21 (1.3)	84.63 (38.656)	1.4947 (.56263)	2.60 (1.195)
Experto/CIA	88	15.9	84.1	23.69 (3.934)	85.97 (38.349)	4.5067 (1.71817)	2.56 (.969)

A continuación, se muestran los principales resultados de las variables evaluadas en función del tipo de consumo (CIA/NoCIA) y del tipo de conductor (Novato/Experto).

Conocimiento de la normativa

Respecto al nivel de conocimiento sobre la tasa de alcoholemia permitida y la sanción establecida por dar positivo en la prueba de determinación de la misma, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Pese a ello, en la Figura 1 se aprecian ciertas tendencias a tener en cuenta.

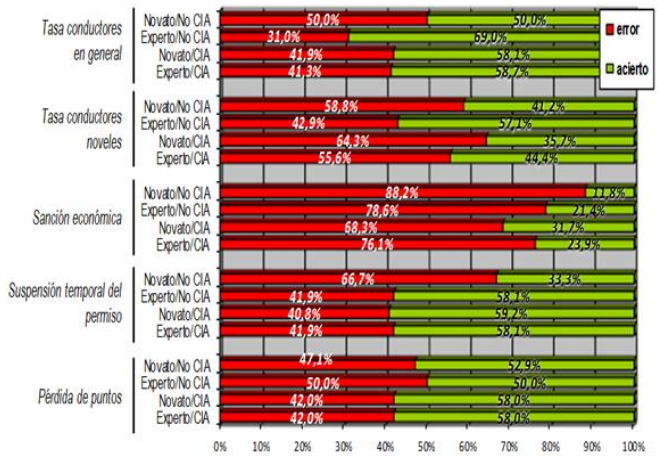

Figura 1. Porcentaje de aciertos y errores a los límites de alcoholemias máximas establecidos para conductores en general y novatos, y a los tres tipos de sanción asociadas a una alcoholemia positiva

El 44% de los conductores desconoce el límite legal para conductores en general, y un 45% el específico para conductores noveles.

Respecto de las sanciones correspondientes a estas faltas, el mayor desconocimiento aparece referido a la cantidad de puntos del permiso de circulación que pueden perder (72.3%), seguido de la creencia de que no existe suspensión del permiso (56.2%). Sólo un 38.8% de conductores no saben cuál es la sanción económica por alcoholemia positiva.

Al comparar los resultados por grupos, los novatos son los que más errores cometen en cuatro de las cinco cuestiones. Concretamente, los noveles/noCIA cometen más errores acerca de las sanciones económicas (50%) y los puntos que se pueden perder (88.2%). En la cuestión sobre la suspensión del permiso los novatos/CIA obtienen el mayor porcentaje de errores (64.3%) seguidos por los noCIA (58.8%).

Es interesante señalar como ambos grupos de CIA muestran los mayores porcentajes de aciertos en las tres cuestiones, aunque son bajos (M=27.8%).

Con el objetivo de comprobar su capacidad para estimar correctamente su nivel de alcoholemia a partir de su consumo, se les pidió a que señalasen cuántas consumiciones de cerveza y de destilados podían llegar a ingerir sin sobrepasar el límite legal. En la Tabla 2 se recogen los gramos medios resultantes de la conversión de las consumiciones señaladas y los niveles medios de alcoholemia que presentarían con estos consumos. Las diferencias encontradas entre los grupos tampoco son significativas, aunque hay algunos aspectos interesantes a destacar.

Los entrevistados no varían de manera significativa el número de consumiciones cuando se les pregunta acerca de fermentados y destilados (1.66 y 1.27 respectivamente). Esto supone que tras la conversión a gramos sí que aparezcan diferencias significativas ($p<.001$) entre ambos tipos de consumiciones (fermentados=16.26; destilados=24.77).

Esta diferencia también aparece en las alcoholemias alcanzadas con dichas consumiciones (Tabla 2). En los destilados las medias resultarían positivas en todos los casos. En los fermentados provocaría alcoholemias positivas en los novatos, y se acercaría mucho al límite de los conductores experimentados. En ambos casos los novatos ofrecen medias de consumo que provocarían alcoholemias superiores a las ofrecidas por los conductores experimentados.

Percepción del riesgo al combinar alcohol-conducción

Un modo de analizar el riesgo percibido de esta conducta es comprobar la cantidad de alcohol estimada para que su conducción sea problemática, peligrosa e imposible (Tabla 3). En los tres análisis las diferencias resultan significativas ($p<.047$).

Tabla 2. Estimación media de gramos de alcohol consumidos (fermentados y destilados) para no dar positivo en la prueba de alcoholemia y nivel de alcoholemia en sangre en función los mismos

				Media (Dt)	Intervalo Min-Máx	F	Sig.
Gramos máximos estimados para no dar positivo…	**…en fermentados**	**Novato**	**noCIA**	15,38 (8,7)	10-40	.547	.651
			CIA	17,91 (15,02)	10-120		
		Experto	**noCIA**	15,17 (6,3)	10-30		
			CIA	16,19 (7,6)	10-40		
	…en destilados	**Novato**	**noCIA**	26,67 (14,1)	20-60	.045	.987
			CIA	25,28 (11,5)	10-60		
		Experto	**noCIA**	25,33 (9,1)	20-40		
			CIA	25,14 (11,2)	20-60		
Nivel de alcoholemia(mg/l sangre) alcanzado con esa estimación…	**…en fermentados**	**Novato**	**noCIA**	0.43 (.26)	0.19-1.11	1.028	.382
			CIA	0.51 (.34)	0.16-2.45		
		Experto	**noCIA**	0.42 (.21)	0.15-0.80		
			CIA	0.45 (.21)	0.16-1.08		
	…en destilados	**Novato**	**noCIA**	0.78 (.43)	0.41-1.67	.194	.900
			CIA	0.74 (.36)	0.30-1.79		
		Experto	**noCIA**	0.77 (.32)	0.36-1.55		
			CIA	0.70 (.33)	0.33-1.61		

Tabla 3. Diferentes niveles de la percepción de riesgo al volante en función de los grupos de conductores entrevistados

			Media (DT) consumiciones	Min-Máx de consumiciones	F	Sig.
Consumiciones para una conducción problemática	**Novato**	**noCIA**	2.28 (1.2)	1-5	**2.886**	**.037**
		CIA	2.62 (1.2)	1-6		
	Experto	**noCIA**	2.05 (.91)	1-4		
		CIA	2.81 (1.1)	1-12		
Consumiciones para una conducción peligrosa	**Novato**	**noCIA**	4.00 (2.3)	1-8	**3.387**	**.019**
		CIA	4.21 (1.4)	1-9		
	Experto	**noCIA**	3.27 (1.2)	1-7		
		CIA	4.40 (2)	1-12		
Consumiciones para una conducción imposible	**Novato**	**noCIA**	5.65 (2.3)	3-11	**2.700**	**.047**
		CIA	6.35 (2.2)	3-15		
	Experto	**noCIA**	4.97 (2.1)	1-11		
		CIA	6.20 (2.3)	1-15		

Las pruebas a posteriori muestran que los Expertos/NoCIA señalan una cantidad significativamente menor (p<.038) de consumiciones que les puede llevar a tener problemas en la conducción (2.05) que los CIA (novatos=2.62/expertos=2.81). También es significativa la diferencia entre estos grupos en el número de consumiciones que harían peligrosa la conducción (p<.013).

En el caso del consumo para una conducción imposible la única diferencia significativa (p<.033) aparece entre Expertos/NoCIA (4.97) y Novatos/CIA (6.37). En todos los casos, los CIA señalan un número superior de consumiciones que los noCIA.

Un modo de mostrar el error en estas estimaciones, es calcular la alcoholemia que se obtendría con las cantidades ofrecidas. Para ello se han calculado las alcoholemias para fermentados o destilados (Figura 2).

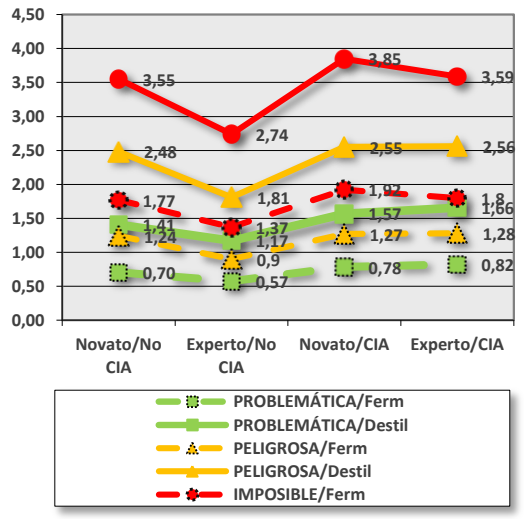

Figura 2. Estimación media de los niveles de alcoholemia en sangre alcanzados (con fermentados y destilados) con las cantidades señaladas para que la conducción resulte problemática, peligrosa e imposible

Existe una subestimación de los efectos del alcohol al señalar como "problemáticas" alcoholemias que superan en ambos casos el límite máximo permitido. Los CIAs muestran una mayor subestimación al señalar mayores cantidades en todos los casos.

Destacan las alcoholemias alcanzadas con las estimaciones para una conducción "peligrosa". En fermentados, las cantidades señaladas se sitúan entre 2 y 2.5 veces por encima del límite máximo para los conductores experimentados, y 4 veces por encima del límite para los novatos. Con los destilados los conductores experimentados superan el límite entre 3.5 y 5 veces y los novatos 8 veces. En todos los casos las diferencias entre los cuatro grupos resultan significativas (p<.21).

Otro modo de evaluar su percepción de riesgo es señalar que durante el último año han conducido tras consumir alcohol 1.79 veces de media y que han subido a un vehículo conducido por un conductor ebrio en 5.11 ocasiones.

Por grupos (Tabla 4) los datos muestran diferencias significativas en el número de veces que han conducido tras consumir alcohol (p<.014). Las pruebas a posteriori señalan que los Expertos/CIA (M=4.19) lo han hecho significativamente más veces que los Novatos/CIA (p<.032) y que los Novatos/NoCIA (p<.001).

Ambos grupos de expertos han conducido tras consumir alcohol significativamente más veces que los novatos (3.5 Vs 1.1) (p<.006).

Respecto a la frecuencia con la que han viajado con un conductor ebrio no hay diferencias significativas entre los cuatro grupos. La mayor media aparece entre los Novatos/CIA (6.2) y la menor entre los Novatos/noCIA (4.3).

Tabla 4. Número de veces que los sujetos han circulado bajo los efectos del alcohol o subido con alguien que estaba bajo los efectos del alcohol

			Media	nº Min-Máx de veces que se ha realizado la conducta
Nº de veces que has conducido después de haber bebido alcohol durante el último año	**Novato**	**noCIA**	0.38	0-5
		CIA	1.36	0-21
	Experto	**noCIA**	2.11	0-30
		CIA	4.19	0-48
Nº de veces que has sido pasajero de un conductor que había bebido alcohol durante el último año	**Novato**	**noCIA**	4.30	0-20
		CIA	6.20	0-40
	Experto	**noCIA**	5.32	0-50
		CIA	5.25	0-50

Expectativas sobre los efectos del alcohol

Cuando se atiende a los efectos que creen que puede provocar el alcohol sobre sus capacidades para conducir, el porcentaje general de aciertos es alto entre todos los grupos y sin diferencias significativas. Sin embargo, es interesante indicar algunas tendencias observadas.

Alrededor de un 20% de todos los conductores CIA señalan que el alcohol no incrementa su autoconfianza.

Además un alto porcentaje de todos los grupos (superior al 61%) señala que el consumo de alcohol no afecta a la percepción de los colores, con los CIA mostrando un mayor desacuerdo con ese efecto (80%).

Asimismo, aproximadamente un 10% de los novatos señalan que el consumo de alcohol mejora la concentración y la percepción de la velocidad, y casi un 20% indican que les puede ayudar a tener mayor lucidez y a disminuir la fatiga.

Cuando se les pide que señalen qué efectos puede tener en ellos una cantidad determinada (2 destilados – alcoholemia 0.7-0.9 gr/l-) más del 80% de todos los conductores afirman que con ese nivel de alcohol podrían conducir sin problemas. Además, destaca que un 10% de CIAs indican que esa cantidad no provoca un peor rendimiento psicomotor, un 20% apuntan que no aumenta el tiempo de reacción y entre el 20 y el 25% señalan que no altera la coordinación manual.

Creencias erróneas

Por último se ha analizado el nivel de acuerdo que muestran los jóvenes con algunos remedios populares de disminución de los efectos subjetivos del alcohol (Tabla 5). Únicamente un ítem presenta diferencias significativas entre los grupos: "Provocarte el vómito antes de conducir". Los conductores Experimentados/CIA (M=3.79) le atribuyen mayor utilidad que los noCIA (2.34).

En el resto de elementos, ninguna interacción es estadísticamente significativa, aunque pueden destacarse algunos resultados.

Como se aprecia también en la Tabla 5, el nivel de acuerdo es superior entre los grupos con mayor consumo, sobre todo en conductores experimentados. Destaca que más de la mitad de estos piense que dormir un poco es una buena medida, y un 11.5% la califiquen de muy efectiva. Un 46.6% están de acuerdo en que "beber mucha agua acelera la eliminación del alcohol", con casi un 10% otorgándole la máxima eficacia. Porcentajes algo inferiores aparecen para "vomitar para que se pase la borrachera" (38.6%=efectivo; 3%=muy efectivo).

Tabla 5. Creencias con diferentes niveles de acuerdo entre los jóvenes entrevistados en función del tipo de permiso de circulación y del tipo de consumo, (entre paréntesis se muestra el porcentaje de jóvenes de cada grupo que contesta 5 o más en la escala de acuerdo en las creencias con mayor puntuación)

	Media de las creencias *(% con puntuación >5)*			
	Novato/No CIA	Experto/No CIA	Novato/CIA	Experto/CIA
Dormir un rato antes de coger el coche, para estar luego más despejado en la carretera	4.10 *(38.1)*	3.58 *(36.8)*	3.93 *(40.2)*	4.69 *(53.4)*
Beber mucha agua para ir más veces al baño y eliminarlo más rápido	3.67 *(42.9)*	3.24 *(23.7)*	4.05 *(45.1)*	4.25 *(46.6)*
Comer algo antes de coger el coche	4.10 *(47.6)*	2.89 *(15.8)*	3.61 *(35.4)*	3.85 *(42)*
Provocarte el vómito y esperarte una hora antes de coger el coche	3.67 *(33.3)*	2.34 *(13.2)*	3.12 *(26.8)*	3.79 *(38.6)*
Dejar de beber una hora antes de coger el coche	4.33 *(19)*	3.15 *(15.8)*	3.40 *(19.5)*	3.60 *(21.6)*
Comer mucho antes de coger el coche	2.62 *(14.3)*	2.76 *(21.1)*	3.34 *(28)*	3.51 *(31.8)*
Poner el aire acondicionado o bajar las ventanillas para que te de el aire	2.95 *(23.8)*	2.89 *(23.7)*	3.32 *(30.5)*	3.48 *(35.2)*
Cápsulas de vitamina B6 o B12 metaboliza más rápido el alcohol	3.15 *(23.8)*	3.32 *(24.2)*	2.91 *(26.8)*	3.36 *(34.1)*
Mojarte la cara con agua y mojarte la camiseta	2.81	2.58	3.10	3.05
Correr mucho para sudar, mientras lo haces con la boca abierta y respirando muy fuerte	2.19	2.11	2.93	2.86
La fructosa acelera el metabolismo del alcohol, así como el pirofosfato de sodio.	2.52	2.62	2.19	2.35
Ir acompañado en el coche para que otro te guíe, mejor cuatro ojos que dos	2.10	2.05	2.22	2.32
Soplar muchas y repetidas veces cogiendo aire lo más profundamente posible antes de	2.00	1.74	1.84	2.25
Comer mucho azúcar antes de conducir	2.38	2.08	2.48	2.18
Beber mucha leche puede rebajar la borrachera	1.62	1.63	1.98	2.16
Tomar redbulls antes de coger el coche	2.00	1.39	1.66	1.99
Tomar café después de beber	2.67	2.25	1.94	1.96
Ponerse granos de café en la boca	1.67	2.05	1.76	1.93
Beber una cucharada de aceite antes de beber por que como el aceite flota no deja que el	2.10	1.53	1.79	1.92
Comer mucho chocolate antes de conducir engaña a la prueba de alcoholemia	1.57	1.63	1.63	1.80
Cuando van a realizarte la prueba de alcoholemia, aspirar con la boca torcida tirando el	1.19	1.58	1.59	1.78
Tomar un sobre de almax después de beber y antes de conducir	1.70	1.66	1.70	1.65
Masticar chicles de menta	1.38	1.55	1.83	1.57
Ponerse una aspirina bajo de la lengua	1.95	1.45	1.48	1.45

Con creencias muy similares, aunque con medias ligeramente inferiores, se sitúan los CIA/novatos. Casi la mitad están de acuerdo en la eficacia de "beber grandes cantidades de agua para evacuar antes el alcohol" (45.1%) y "dormir un poco" antes de coger el coche (40.2%). Aunque muy pocos (inferior al 5%) señalan ambas como muy efectivas. Además un 35.4% muestran su acuerdo con "comer algo antes de coger el coche".

Por otra parte, pese a que los jóvenes con menores consumos manifiestan menor acuerdo en estas creencias, destacan algunas puntuaciones. Por ejemplo, casi la mitad de novatos señala cierta efectividad en "comer algo antes de coger el coche", con un 14% que opina que es buena práctica. También un 42.9% está de acuerdo con "beber grandes cantidades de líquidos para eliminar antes el alcohol" y con "provocarse el vómito", aunque en este caso la mayor puntuación es un 7 para un 14% de los jóvenes.

Por último, el grupo de Expertos/noCIA obtienen las puntuaciones más bajas, con todas sus medias por debajo de cuatro.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se plantea un doble objetivo: por un lado realizar una evaluación de los conocimientos de jóvenes conductores sobre la normativa relacionada con el alcohol en la conducción, así como sobre efectos, creencias y expectativas hacia esta sustancia. Y por otro lado, evaluar si el nivel de consumo de los jóvenes (especialmente la presencia de los nuevos patrones de CIA) y el tiempo de experiencia al volante, tienen algún efecto en estas expectativas, creencias o conocimientos.

Este tipo de trabajos son necesarios a modo de evaluación inicial para conocer el perfil de riesgo-seguridad de los usuarios en relación con los factores de riesgo (alcohol, tendencia al riesgo, creencias…) para plantear, programar e implementar una intervención adaptada, ampliamente utilizada en el campo de la seguridad vial (Montané y Jariot, 2003, 2005; OMS, 2009). Estas intervenciones están cobrando una especial relevancia gracias a las recomendaciones realizadas en la European Matrix-Goals for Driver Education (Assailli, 2007), y se plasman en una mayor atención en la formación de los conductores en materias o aspectos relacionados que constituyan un mayor riesgo relacionado con la conducción. En este escenario, las autoescuelas, como espacios de formación de conductores, suponen un aliado fundamental y clave en la incorporación tanto de conocimientos, como de actitudes, intenciones y hábitos saludables para los nuevos conductores. Aunque no deberían ser los únicos, buscando nuevas vías de intervención y reciclaje, como por ejemplo la formación on-line (Weaver et al., 2014).

En este sentido, los resultados del presente estudio indican que es necesario incluir intervenciones específicas que incidan sobre actitudes, intenciones o hábitos (Arnau et al., 2011; Fouce, 2007), así como también que habría que prestar mayor atención a la información que sobre el alcohol, sus características y sus efectos se ofrece a los conductores durante su formación. Este tipo de carencias se hace patente en resultados obtenidos como el bajo conocimiento que muestran los conductores novatos sobre su límite máximo de alcoholemia.

En algunos contenidos, como los referidos al régimen sancionador, los resultados son superiores a otras encuestas anteriores (Olivera et al., 2002; RACC, 2009). Sin embargo, este conocimiento parece que esté más orientado a superar el examen teórico objetivo para obtener el carnet. Por ejemplo, aunque conocen los límites de alcoholemia no son capaces de convertir dichos límites a número de consumiciones, con lo cual es muy fácil beber más de lo que deberían. De hecho, la mitad de los novatos señalan cantidades que superan el límite específico para esa población. En el caso de los experimentados, un tercio superarían su tasa máxima.

Este mismo error de estimación se aprecia cuando se les pide el número de consumiciones necesarias para convertir la conducción en problemática, peligrosa o imposible (diferentes investigaciones -Álvarez y Del Río, 1997; Cortés, 1999- sitúan aproximadamente la conducción problemática sobre los 0.3/0.5 gramos de alcohol por litro de sangre, peligrosa a partir de los 0.8gr/l, e imposible con más de 2.5gr/l). Sin embargo, también en estos casos los grupos muestran una subestimación de su consumo, que resulta más elevada en el caso de los destilados (más presentes en el patrón de consumo de estos jóvenes).

También los resultados relativos a expectativas y conocimientos sobre el alcohol parecen mejorar los de otras encuestas (Eurobarómetro, 2010). Sin embargo, siguen apareciendo ciertos mitos o desconocimientos que de nuevo aconsejarían una mayor atención durante el periodo de formación en autoescuelas o la necesidad de un reciclaje posterior. Por ejemplo, destaca el alto porcentaje de entrevistados (especialmente los de mayores consumos) que señalan que el alcohol no afectaría a la percepción de colores, cuando la investigación señala que a partir de 0.2gr/l aparecen dificultades para percibir el rojo y entre 0.5-0.8gr/l se producen alteraciones cromáticas y lumínicas (Esteban, 1992).

Otro aspecto que parece aconsejable introducir en su formación y/o reciclaje es el trabajo sobre mitos y creencias erróneas acerca de trucos o métodos para acelerar la metabolización del alcohol. Los datos señalan que todavía hay un alto porcentaje (más elevado en los CIA) que creen que podrían disminuir su nivel de alcoholemia. Este tipo de creencias resultan peligrosas ya que indican que no se plantean la necesidad de moderar su ingesta.

Por otra parte, aunque los resultados aconsejan una mayor atención a los conductores en formación, no se puede descuidar la formación/información continuada a aquellos que ya tienen carnet. Los datos indican que aquellos con más de dos años de experiencia en la conducción presentan una mayor prevalencia de conducciones bajo la influencia del alcohol, con lo que el nivel de riesgo es más alto en esta población. Junto a ello, los CIA son los que presentan mayor prevalencia de esta conducta, con lo que se reitera la necesidad de concienciarlos de las consecuencias de su consumo.

Por último, en general es elevada la prevalencia de viajes con un conductor que ha consumido alcohol, con lo que no parece que muestren actitudes negativas hacia esta conducta.

Este trabajo presenta algunas limitaciones que es necesario señalar. Entre ellas destacan el que se trate de una muestra reducida, seleccionada aleatoriamente entre aquellas aulas que se tenía disponibilidad, con un alto porcentaje de mujeres, y con un ámbito geográfico limitado, con lo que podría presentarse problemas a la hora de generalizar los resultados. Por tanto, sería adecuado ampliar este estudio a otros colectivos de estudiantes (diferentes carreras universitarias con mayor equilibrio entre varones y mujeres) pudiéndose alcanzar mayor potencia estadística a la hora de remarcar la necesidad de introducir cambios en los programas preventivos aplicados en autoescuelas y en el diseño de intervenciones que permitiesen el reciclaje de contenidos en conductores.

Por el momento, permite ejemplificar cómo realizar una revisión de los factores asociados con esta conducta de riesgo -conducir bajo los efectos del alcohol- para poder adaptar el contenido a un colectivo determinado y ofrecer unos primeros resultados orientativos que proponen la necesidad de adaptar los contenidos de las intervenciones a implementar en la formación y reciclaje de futuros conductores.

REFERENCIAS

Álvarez, F.J. y Del Río, M.C. (1997). Alcohol y Seguridad Vial. En: Álvarez González (Ed.), Seguridad Vial y medicina de tráfico (pp. 161-173). Madrid: Massan.

Arnau, L. y Montané, J. (2010). Educación vial y cambio de actitudes: algunos resultados y líneas de futuro. Educar, 46, 43-56.

Arnau, L., Filella, G., Jariot-García, M. y Montané, M. (2011). Evaluación de un programa de cambio de actitudes con preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. Adicciones, 23, 257-265.

Assailly, J.P. (2007). Driver Training and Green driving in Europe: where are going to? France: INRETS.

Brady, JE. y Ly, G. (2012) Prevalence of alcohol and other drugs in fatally injured drivers. Addiction, 108, 104–114.

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Adrover, D., Juan, M. y Blay, N. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. Revista Española Salud Pública, 82, 323-331.

Cortés, M.T. (1999). Efectos del consumo de alcohol en la conducción: pruebas diagnósticas. En: Montoro, L. Tortosa, F. y Sanmartin, J. (Eds), Reconocimiento de conductores y permisos de armas. Volumen 3 (pp. 39-67). Valencia: Editores Científicos.

Cortés, M.T. y Giménez J.A. (2004). Posibles actuaciones psicológicas para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y viabilidad de su aplicación en España. Adicciones, 16, 97-108.

Dirección General de Tráfico –DGT– (2012). Las principales cifras de la siniestralidad vial, España 2012. Madrid: Observatorio Nacional de Seguridad Vial.

Ditsuwan, V., Veerman, JL., Bertram, M. y Vos, T. (2013). Cost-Effectiveness of Interventions for Reducing Road Traffic Injuries Related to Driving under the Influence of Alcohol. Value in Health, 16, 23-30.

Esteban, A. (1992). Alcohol, visión y conducción de vehículos (1). Anales de la sociedad ergoftalmológica española, 21, 319-354.

ETSC (Consejo Europeo para la Seguridad en el Transporte) (2011). Informe europeo de evolución de la Siniestralidad Vial. Madrid: Ministerio de Interior. Dirección General de Tráfico (DGT).

Eurobarómetro (2010). EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Bélgica: European Commission.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction –EMCDDA– (2008). Drug use, impaired driving and traffic accidents (EMCDDA Insights Series No 8). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Foss, R.D. y Goodwin, A.H. (2014). Distracted driver behaviors and distracting conditions among adolescent drivers: findings from a naturalistic driving. Study Journal of Adolescent Health 54, 50-60.

Fouce, J.G. (2007). En la carretera a 0º por hora. Programa de prevención de alcohol y otras drogas en autoescuelas. Salud y drogas, 7, 263-288.

Giménez, J.A. y Cortés, M.T. (2000). La conducción bajo la influencia del alcohol: Estrategias de intervención. Comunicación presentada en las X Jornadas Socidrogalcohol de la Comunidad Valenciana, Alcoy.

Goldman, M.S. Darkes, J. y Del Broca, F.K. (1999). Expectancy mediation of biopsychosocial risk for alcohol use and alcoholism. En E. Irving Kirch (Ed.), How expectancies shape experience (pp. 233-262). Washington: American Psychological Association.

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses -INTCF- (2013). Víctimas mortales en Accidentes de tráfico. Memoria 2012. Madrid: Ministerio de Justicia.

Laapotti, S., Keskinen, E. y Rajalin, S. (2003). Comparison of young male and female drivers' attitude and self-reported traffic behaviour in Finland in 1978 and 2001. Journal of Safety Research, 34, 579-587.

McCarthy, D.M., Pedersen, S.L., Thompsen, D.M. y Leuty, M.E. (2006). Development of a Measure of Drinking Expectancies for Youth. Psychological Assessment,18, 155-164.

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

Montané, J. y Jariot, M. (2003). La psicología aplicada a una conducció segura i eficaç. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament d'Interior. Servei Català de trànsit. (Grup ERESv UAB)

Montané, J. y Jariot, M. (2005). Visió integrada de l'accident. El factor humà present en els agents de risc i seguretat. La psicologia aplicada a una conducció segura i eficaç. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament d'Interior. Servei Català de trànsit. (Grup ERESv UAB).

Montoro, L. y Mayor, L. (1997). Efectos de las sustancias adictivas en la Seguridad Vial. En J. Escámez (Ed.), Prevención de la drogadicción, (pp. 71-88). Valencia: Nau llibres.

Motos, P.; Giménez, J.A. y Cortés, M.T. (2010). Evaluación del nivel de conocimiento de jóvenes conductores sobre aspectos relacionados con el alcohol y la conducción, ponencia presentada en el III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos en los Comportamientos Viales (Valencia).

Olivera, C., Planes, M., Conill, M. y Grass, M.E. (2002). Efectos del alcohol y conducción de vehículos: creencias y conductas de los jóvenes. Revista Española de las Drogodependencias, 27, 66-80.

OMS (2009). Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de pasar a la acción. Ginebra: ediciones OMS.

Reial Automòbil Club de Catalunya –RACC–. (2009). Los jóvenes: Alcohol y conducción. Madrid: RACC.

Sánchez, F. (2008). Actitudes frente al riesgo vial. Intervención psicosocial, 17,45-59.

Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. Adicciones, 17, 349-360.

Sklar, A., Boissoneault, J., Fillmore, M. y Nixon, S. (2014). Interactions between age and moderate alcohol effects on simulated driving performance. Psychopharmacology, 231, 557-566.

Viñes, R. (1990). L'Enquesta de l'alcohol i la conducción entre els joves de Catalunya. Comunicación presentada en las Primeres Jornades mediterrànies de seguretat viària. Barcelona.

Weaver, C., Leffingwell, T., Lombardi, N., Claborn, K., Miller, M., Martens, M. (2014). A computer-based feedback only intervention with and without a moderation skills component. Journal of Substance Abuse Treatment, 46, 22–28.

Weiss, H., Kaplan, B. y Prato, C. (2014). Analysis of factors associated with injury severity in crashes involving young New Zealand drivers. Accident Analysis and Prevention, 65, 142-155.

Zhu, M., Cummings, P., Chu, H., Coben, J. y Li, G. (2013). Graduated driver licensing and motor vehicle crashes involving teenage drivers: an exploratory age-stratified meta-analysis. Injury Prevention, 19, 49-57.

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2014
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1, 27-36

SEX PRACTICES AND KNOWLEDGE ABOUT HIV/AIDS AMONG DRUG USERS IN A LOW-INCOME URBAN COMMUNITY OF COSTA RICA

PRÁCTICAS SEXUALES Y CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/ SIDA ENTRE USUARIOS DE DROGAS EN UNA COMUNIDAD URBANA DE BAJOS INGRESOS EN COSTA RICA

Manuel Chacón[1], Kenia Barrantes[1], Rosario Achí[1], Mary Comerfold[2] & Clyde McCoy[2]

[1]Instituto de Investigaciones en Salud, UNED, Costa Rica

[2]Miller School of Medicine, University of Miami

Abstract

HIV/AIDS transmission among drug users is associated with education, sex practices and substance use. This study examined 159 drugs users' knowledge, beliefs and sex behavior related to HIV/AIDS risk in Costa Rica. Results showed considerable use of marihuana, alcohol, crack and cocaine and a very low lifetime incidence of other drugs. All substance use patterns were higher than national averages. Respondents showed a high level of knowledge about HIV/AIDS transmission and prevention. However, there did not seem to be a relationship between knowledge and practice. Unprotected sex was common and having an HIV/AIDS test was not a regular practice. Knowledge about HIV/AIDS is not a determinant factor for condom use among this group. It is concluded that having the proper knowledge about transmission and prevention does not guarantee safe sex practices. Further research and public health evidence based practices for HIV/AIDS prevention should target drug user population.

Keywords: Central America, Costa Rica, Drug Use, HIV/AIDS, Sexual Practices.

Resumen

La transmisión del VIH/SIDA entre consumidores de drogas se asocia con factores como, educación, prácticas sexuales y consumo de sustancias. Este estudio examinó los conocimientos 159 usuarios de drogas, las creencias y el comportamiento sexual relacionado con el riesgo de VIH / SIDA en Costa Rica. Los resultados mostraron un uso considerable de marihuana, alcohol, crack y cocaína y una incidencia muy baja de otras drogas. Todos los patrones de consumo de sustancias fueron más altos que los promedios nacionales. Los encuestados mostraron un alto nivel de conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA. Se concluye que el tener el conocimiento adecuado sobre la transmisión y prevención no garantiza las prácticas de sexo seguro. Nuevas investigaciones y prácticas basadas en la evidencia de salud pública para la prevención del VIH / SIDA deben dirigirse población de usuarios de drogas

Palabras clave: América Centra, Costa Rica, Uso de drogas, HIV/SIDA, Prácticas sexuales.

Correspondencia: Instituto de Investigaciones en Salud
De la UNED en Sabanilla, 200m este y 125m sur
Tercer edificio a mano izquierda
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

In the last decade the HIV epidemic has escalated in Central America. The highest prevalence rates in the region are registered in the urban areas and are higher among men who have sex with men (MSM) (UNAIDS, 2010). Central America is the most affected sub region of Latin America; Honduras and Guatemala account for the majority of the regional cases (Bastos, Cáceres, Galvão, Veras, & Castilho, 2008; Soto et al., 2007; UNAIDS, 2009). Although efforts to reduce the epidemic in both countries have been made, problems remain. Cultural and structural factors, joined by limited local authority response to prevent infection and provide treatments, are still challenges (Cohen, 2006a, 2006b). The main transmission mode is unprotected sex, affecting not only vulnerable risk groups including MSM and sex workers, but also a wider population which includes women and male heterosexuals.

The first reported HIV/AIDS case in Costa Rica was in 1983. According to official numbers, from 2002-2010 there were 2640 new HIV cases registered in the country. In Costa Rica in 2011 there was a total of 488 new cases with a rate of 10,57 per 100,000, the capital city of San José proper had the highest number of new cases (Ministerio de Salud, 2013). Cases are more common in urban areas; however, due to population mobility, border regions have been identified as high risk locations affecting mostly sexual workers (Goldenberg, Strathdee, Perez-Rosales, & Sued, 2012; The World Bank, 2006). Costa Rica HIV cases have risen over the decade from 8.6 in 2002 to 14.7 incidence in 2012 (Ministerio de Salud, 2013); however, AIDS cases remain stable as a result of an effective retroviral HAART treatment response from health authorities (Nattrass, 2008; Wheeler et al., 2001). As prevention strategy since in 1998, the general HIV/AIDS law established that condoms are distributed through the public health system (Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica., 1998). Access and privacy are still barriers for more regular HIV/AIDS testing (OPS, 2004). While the general public health response to HIV/AIDS has controlled the rise on the incidence of AIDS cases, additional measures are needed to control the future spread of HIV.

Costa Rica HIV/AIDS research has focused on traditionally marginalized and stigmatized groups. The epidemic has been associated with risk populations such as, sexual workers, MSM and participants in sexual tourism. Earlier studies indicated that the general population had knowledge about HIV/AIDS prevention (Downe, 1997; Mata, Ramírez, & Quesada, 1995). A National Survey of Sexual and Reproductive Health showed both, men (86.5%) and women (86.3%), knew condom use to be an effective way of preventing HIV/AIDS transmission. Condom use was higher among men than women, and more frequent use of condom was found among younger age groups and people with higher levels of education (Ministerio de Salud, 2011). Between 2002-2010, HIV transmission affected mostly men (75%) between 25-35 years old. (Ministerio de Salud, 2012). A previous survey among MSM showed 56% had sex under the effects of alcohol and that 68.7% had used an illegal drug in the last year (Ministerio de Salud, 2010a). Both surveys showed sample groups had a good level on information about HIV/AIDS. Factors for not practicing safe sex are related to access to condoms or beliefs regarding their use.

The Costa Rican National Institute for Drug Dependence (IAFA) keeps statistics on substance use, and also provides prevention and treatment services. The 2010 Costa Rica National Survey for Drug Use showed a decrease in the use of alcohol and a rise, both in urban and rural areas, in the number of marijuana, cocaine and crack users from the previous surveys in 1995 and 2006 (IAFA, 2006, 2012). In the national survey no injecting drug users were found. Other drugs use, except for prescription drugs, remains stable. There is no recent published research on the association with HIV/AIDS knowledge and sexual behaviors of drug users in Costa Rica (IAFA, 2007, 2011). Social conditions are determinant factors of drug and substance abuse (Galea, Nandi, & Vlahov, 2004). Identified local risk factors for drug dependence are peer pressure, economic and social conditions, family and community isolation and violent social contexts (Dormitzer et al., 2004; Granados Hernández et al., 2009). These factors could be greater in rural areas than in urban areas because of higher unemployment rates, rate of school dropout, and poorer social development conditions (Sandi, Diaz, & Uglade, 2002). Substance abuse policy in Costa Rica has not targeted high risk of HIV/AIDS infection groups for prevention.

Drug use and HIV/AIDS are considered dual epidemics in many countries. Escalation of illicit drug use is one of the major factors in the spread of HIV (Beyrer

et al., 2010). Traditionally drug users represent a high risk group for HIV infection not only because of habits and behavior but also because of unsafe sex practices resulting from drug use (Aceijas, Stimson, Hickman, & Rhodes, 2004; Booth, Kwiatkowski, & Chitwood, 2000; Edlin et al., 1994). The use of illicit drugs and alcohol plays an important role in risks for sexually transmitted infections (Kalichman, Cain, Zweben, & Swain, 2003). For instance, inaccurate knowledge about transmission may be a barrier for drug users testing for HIV/AIDS (Bertoni et al., 2011). Risk awareness is related to education level, local culture and previous tobacco and alcohol consumption patterns (Bejarano et al., 2011). Also compliance with HIV treatment is negatively associated with illicit drug consumption often complicated by social conditions such as incarceration, low income and housing problems (Milloy et al., 2012). Self-concept has been found to be a predictor for risky sexual practices among high educated population (Espada, Antón, & Torregrosa, 2008). Although IDUs are often considered to be the riskier group, the combination of other substance abuse an unsafe sex practices and ought not to be overlooked or underestimated.

Among sexually active persons, condom use is the most effective way to prevent HIV/AIDS transmission. Misconceptions on the way of preventing transmission among active drug users cause false personal strategies of prevention. While some users may have knowledge about prevention while at the same time, their behavior is also influenced by myths and beliefs associated with HIV/AIDS (Lisa R Metsch, McCoy, Miles, & Wohler, 2004). Negative attitudes and beliefs regarding condom use are common among drug users (Mizuno et al., 2007). Condom availability and, regular condom use habit are determinant factors for safe sex practices (Song et al., 2009; Stacy, Stein, & Longshore, 1999); though, there are other factors that affect condom use like trusting the sexual partner, physical appearance, culture stigmatization and social influence (Marston & King, 2006). Research has shown that drug users are capable of and interested in safe sexual risk practices (LisaR. R Metsch, McCoy, Wingerd, & Miles, 2001). Condom use also is a leading factor for HIV/AIDS prevention among drug users.

Low income neighborhoods in Latin America are considered vulnerable population where risk of infection increases (Cáceres et al., 2008). Drug consumption is associated with high-risk sexual behaviors and reported STIs among other Latin American risk groups (Gálvez-Buccollini, DeLea, Herrera, Gilman, & Paz-Soldan, 2009). Research for hidden populations is difficult to achieve in low income urban communities (Jenkins, 2011). People feel threatened by or fearful of giving personal drug use information. Associated sexual risk factors such as sexual orientation and prostitution present challenges for research among drug-using risk populations (Ballester, Salmerón, Gil, & Gómez, 2012). Gaining information about drug behavior outside of clinics or health system statistics is more difficult. Our analysis below about drug users' beliefs and behavior toward HIV/AIDS addresses key factors in the public health agenda for Costa Rica. No other Costa Rican studies in relation to substance use and HIV/AIDS have been developed in the last decade. Information regarding the sexual practices in the daily routine of a community of drug users provides evidence to consider specific HIV/AIDS strategies for drug using risk groups. This paper describes the behavior and sexual practices of drug users and their perceptions on HIV/AIDS transmission.

METHOD

Sample

A total of 161 answered questionnaires were obtained; two were excluded because of missing data leaving 159 surveys for analysis. A brief screening was performed to insure eligibility. In order to participate in the study, individuals were required to be at least 18 years old and to have used an illegal drug within the last three months.

Procedure

Prior to enrollment of study participants in September, 2005, several visits to the community of Los Guido, as well as the local health center and EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud), were made in advance in order to gain knowledge of the community, introduce the study to the community, and establish contacts with local people and agencies. The study team received support from local churches and neighborhood organizations. Three interview sites were set up in a local church public facility within the community.

Recruitment of participants was initiated by study staff members conducting outreach throughout the community. Snowball sampling techniques were used and participants were asked to refer other people for possible inclusion in the study (Watters & Biernacki, 1989). After arriving at the interview site, each participant was taken to a separate room where confidentiality could be maintained. The participants were informed of the scientific purpose of the investigation and anonymity of the information to be given. A written informed consent was read to each participant in presence of a witness and participants were given a copy. After oral agreement with and signing the informed consent, the study questionnaire was administered by a trained interviewer. Each session lasted approximately 40 minutes. Prior to the beginning of the interview process, the study had been approved by the ethics committee and Internal Review Board (IRB) of the University of Costa Rica and the University of Miami.

Instrument

Interview topics included demographics, health, drug use history, sexual behavior, condoms, HIV/AIDS knowledge and attitudes, violence and immigration and were adapted from an instrument developed by the Comprehensive Drug Research Center at the University of Miami, which, in turn, had been composed by using constructs from validated instruments, previously used for crack and heroin studies (Weatherby, Needle, & Cesari, 1994).

Analysis

Data were entered into a SPSS database for analysis. Descriptive statistics were used to determine relationships among variables. No other statistics techniques were used to data interpretation.

Table 1. Sample demographics (N=159)

		%
Sex	Men	45.9
	Women	54.1
Nationality	Costa Rican	81.8
	Nicaraguan	17.0
	Other	1.2
Age	18 to 30	68.6
	31 and above	31.5
Employment status	Full-time work	17.0
	Part time/Occasional work	32.7
	Unemployed	37.7
	Other income	3.1
	Housewife/Student	9.4
Education	8^{th} Grade or less	68.5
	9^{th} Grade or more	31.4
Marital status	Single	57.2
	Legal Married	11.3
	Living as married	23.9
	Separated/Widow/Other	7.6
Years living in Los Guido	Less or = 5	64.2
	6 to 10	10.7
	11 to 15	4.4
	16 or more	20.8
Main source of income	A Job	38.4
	Spouse, Partner or Family	21.4
	Occasional Jobs	19.5
	No Income	20.7
Living arrangement	House or apartment own	52.8
	Rented house or apartment	30.4
	Slums/shanties	14.9
	Other place	1.8
People living in the same household	1 to 3	31.4
	4 to 7	53.5
	8 or more	15.1

RESULTS

Drugs and substance use

The lifetime substance use history among the total sample (N=159) shows the predominant use of marihuana and alcohol among respondents. Almost all had used marihuana 96.9% and alcohol 96.3% in their lifetime while over half had used crack 69.4% and/or powder cocaine 67.5%. The lifetime use of other drugs was lower, 25% had used barbiturates, 22.5% illegal prescription drugs, club drugs 6.9%, opiates 3.7% and injected drugs 7.5%.

Use in the last thirty days was similar to lifetime usage patterns. The principal drugs were marihuana 87.4% and alcohol 84.9% followed by crack 52.2% and powder cocaine 37.1%. The use of other substances was lower, prescriptions drugs 8.8%, barbiturates 8.8%, club drugs 1.3%, opiates 1.3% and injected drugs.

Sexual practices

All of the participants had vaginal sex in their lifetime. The average age of first vaginal sex episode was 14 years (SD=2.5). The mean number of sex partners in lifetime was 15 (SD= 19). More than three quarters had vaginal sex in the last thirty days 77.4%, only 24.6% of those having sex reported using a condom.

The mean number of vaginal sexual relations in the last thirty days was 7 (SD=12); however, the mean number of condom use was 1.6 (SD=3.5). The principal self-reported reasons for not using a condom were don't like them 56.4% and partner doesn't like them 32.9%. Other important reasons for non-use are trust, don`t believe could get HIV from partner 24.7% or don't believe can transmit HIV to their partner 16.5%.

In the last thirty days, half of the participants had vaginal sex with their primary partner 52.2%. A smaller number had vaginal sex with casual partner 27%, while few had traded sex for drugs or money 8.8%, or drugs or money for sex 2.5%.

Anal sex also was frequent, 38.4% declared ever having anal sex in their lifetime, with a mean of 5.2 persons (SD=8.2). However, these numbers are smaller when asked about anal relations in the last thirty day, 8.8% of the people had practiced anal sex. Among participants who declared having anal relations in the last thirty days, 78% declared using condom.

Beliefs and knowledge HIV/AIDS

Participants' knowledge and beliefs about HIV/AIDS transmission is presented in Table 2. Nearly all 96.9% of the participants were aware they could become infected with HIV by having unprotected sex with someone who had already been infected, and 89.9% knew that a woman who had HIV could transmit the disease to her unborn child. Likewise, 86.8% understood that MSM can transmit the virus. Half believed that having sex with only one person precluded transmission of the virus.

There was also a sizable proportion of respondents who believed one could acquire HIV by eating in a restaurant where the cook has HIV 61.1%, using public toilets 44.7%; while 54.1% agreed that touching someone with HIV would not transmit the virus. Few (1.3%) believed one could get HIV by donating blood. However, 67.9% believed that using a latex condom was an effective way to prevent HIV transmission. Likewise, over three-quarters of the respondents thought that if a sex partner had an undetectable viral load, safe sex was not so important.

The respondents were inconsistent regarding fear of HIV, Nine in ten agreed they were less concerned with HIV since new medication became available and 88.7% believed that safe drug use was not so important because of the new medications. However, 85.5% believed that in spite of the medications available, HIV was "still just as scary".

Substance use and attitudes toward HIV/AIDS is presented in Table 3. Substance used makes no significant difference regarding the attitudes and behavior toward viral transmission. A majority believed they had a chance of contracting HIV/AIDS; however, very few had any test in the last three months. Just half of respondents used condoms when they had the last vaginal sexual relation.

Table 2. Knowledge and beliefs of HIV/AIDS

	(%)
A person can get HIV from having unprotected sex with an infected person *	96.9
A woman with HIV can pass it on to her unborn child *	89.9
Safe drug use is not so important because of new medications	88.7
A person can get HIV from a man who has sex with other men *	86.8
Now that I know medicine for HIV is available, I am not so worried	91.2
Even though there are medications, HIV is still just as scary *	85.5
If a person tests positive, it means he has HIV *	82.4
If a person has an undetectable load, safe sex is not so important	78.6
Cleaning works with water protects against HIV	81.1
HIV isn't so bad now that we have medicine	78.0
HIV is not the threat it used to be	69.8
Using latex condom is an effective way to prevent HIV *	67.9
A person cannot get HIV from oral sex	57.9
HIV is controllable like diabetes	58.5
A person can get HIV by eating in a restaurant where cook has HIV	61.1
Any person having sex with just one other person can't get HIV	50.9
A person cannot get HIV from touching another person with HIV	54.1
A person can get HIV from public toilets	44.7
Cleaning works with bleach is effective way to kill HIV virus *	16.4
Now there are medicines, I am not as worried about sharing works	8.2
A person can get HIV by donating blood	1.3

* Correct Statements

Table 3. Substance, condom use and HIV/AIDS attitudes (N = 159)

Substance used last thirty days	Had a HIV test in the last three months	Never use condom when having vaginal sex	Believes that has a personal chance to get HIV	Knows using a latex condom is an effective way to keep from getting HIV during sex	Knows a person can get HIV from having unprotected sex with someone who has HIV
Crack n = 131	17.6%	48%	55%	67.9 %	96.9%
Cocaine n=112	19 .6%	47.3%	54.5%	67.9%	95.5%
Marihuana n=149	18.9%	45.8%	57.3%	66.9%	96.5%
Alcohol n=142	16.2%	48.7%	57.2%	66%	97.9%

DISCUSION

This study targets drug users in their daily living conditions, a methodological practice that needs to be used to understand and establish a prevention programming for HIV/AIDS and drug use among high risk populations. Research of drug users in communities used for this study was possible because of the joint efforts of stakeholders within the community and the snow balling strategies to locate the drug-using populations.

Lifetime drug use corresponds with other national surveys completed in Costa Rica. As in the national survey, (IAFA, 2012) there is a low percentage of IDU's. However, there is a high prevalence of use in the last thirty days of marihuana 87.4%, crack use 52.2% and cocaine 37.1%. Among sample, drug use in the last thirty days is considerable higher than the national average prevalence in the 2006, (marihuana 0.6%, crack 0.1% cocaine 0.1%) and 2010 (marihuana 2.0%, crack 0.2% cocaine 0.6%) national surveys (IAFA, 2012). The use of

illegal drugs, marihuana and crack, and less cocaine is probably related to the low cost and accessibility in the community. The use of alcohol in the last thirty days is 87.4%, compared to the 24.3% of the general population as reported by the National Survey. It is important to point out that the legal age for drinking in Costa Rica is 18 years old. There is a risk pattern of substance abuse reported with in this sample, considerably higher when compared to national data.

In regard to HIV/AIDS knowledge, this study showed drug users in the sample had a good level of information regarding transmission and prevention. It is however contradictory that awareness about virus transmission does imply regular safe sex practices. Almost fifty percent of those who had vaginal sex did not use condom in their last sexual encounter. The national reproductive health survey shows that the population of this sample and the national population had a similar behavior in condom use in the last thirty days (Ministerio de Salud, 2011). Moreover, above fifty percent believed that they have a chance of infection of HIV/AIDS; while less than twenty percent had any HIV/AIDS test in the last three months. Causes for unsafe sex practice are related to the confidence of participants to their sexual partners not been HIV positive, and a low risk perception of becoming infected with HIV. Further research needs to asses risk factors of being under the effects of drugs when having a sexual relationship. This particular group of drug users, despite knowing effective prevention methods, does not regularly practice safe sex.

Availability of condoms is a factor to be considered, as low income drug users may not have regular access to condoms or money to buy them. Moreover, national law establishes condom use as part of the prevention strategy. Condoms are distributed through the public health system; however is important to analyze and evaluate the distribution and access to condoms, particularly for high risk groups. It is uncertain if, how and why risk groups do or don't have access to condoms from the national health system. No local programs have been identified for this cause. Costa Rica female sexual workers showed that acceptability in the use of female condom would allow them empowerment over sexual relationships, yet today it is not available for the population (Madrigal, Schifter, & Feldblum, 1998). Prevention strategies, if implemented, should focus not only in providing concrete scientifically based information, but also in providing prevention strategies proven to work (Booth, Lehman, Dvoryak, Brewster, & Sinitsyna, 2009; McCoy, De Gruttola, Metsch, & Comerford, 2011; Stacy et al., 1999; Williams et al., 2011)

Research on drug users out of the clinical treatment condition is not considered by health authorities in the HIV/AIDS prevention context. Current HIV National Strategic Plan 2011-2015 (Ministerio de Salud, 2010b) recognizes drug users as an important vulnerable group; however, they plan only to advise the promotion of prevention campaigns among adolescents in context of treatment conditions at the National Institute on Alcoholism and Drug Dependence (IAFA). Other reported interventions are life skills national program for school children, F-17 initiative and DARE, all educational and prevention strategies that are focused on children and adolescents (Ministerio de Salud, 2012). However, interventions for drug users in community settings are not available, neither for HIV/AIDS screenings or prevention programs.

Health workers should take note of the different characteristics and vulnerability drug users exhibit as these often result in poor services due to bias and stigma from health workers (Mosack, Abbott, Singer, Weeks, & Rohena, 2005). From a human rights perspective, drug users also should be part of the prevention strategy. Prejudice and stigma may also deprive them from basic prevention and treatments (Jürgens, Csete, Amon, Baral, & Beyrer, 2010). Also, the lack of recognition of the cultural limitations, can affect the effectiveness of programs and campaigns (Singer, Scott, Wilson, Easton, & Weeks, 2001). Moreover, there should be a discussion if and how drug users should be targeted as a risk group, despite the low absence of IDU. public health response for the different risk groups, drug users, sexual workers and MSM, all require appropriate public health policies. Rapid HIV testing for screening and regular condom access through local health centers could be alternatives for these groups.

There is need for more HIV AIDS prevention programs for Latin America (Bastos et al., 2008). Prevention programs based only on reported attitudes and cognition about the infection and increase amount of information about prevention and sexual risk do not necessarily translate into a reduction of HIV/AIDS transmission (Simoni, Nelson, Franks, Yard, & Lehavot, 2011). Moreover, knowledge about the possible ways of

HIV/AIDS transmission without effective programs leading to lower risks and safer practices are insufficient to prevent the spread of HIV/AIDS. Prevention strategies may include not only education and behavioral prevention programs but also a strong epidemiological screening control which includes regular HIV/AIDS testing among risky populations (Padian et al., 2011).

In this descriptive study, no hypotheses were generated or tested. Also, because a random study cannot be done among hidden populations such as drug users, the results cannot be generalized to a larger population.

REFERENCES

Aceijas, C., Stimson, G. V, Hickman, M., & Rhodes, T. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. AIDS, 18(17), 2295–2303. Retrieved from http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002030-200411190-00010

Ballester, R., Salmerón, P., Gil, M. D., & Gómez, S. (2012). Sexual Risk Behaviors for HIV Infection in Spanish Male Sex Workers: Differences According to Educational Level, Country of Origin and Sexual Orientation. AIDS and behavior, 16(4), 960–8. doi:10.1007/s10461-011-9964-4

Bastos, F. I., Cáceres, C., Galvão, J., Veras, M. A., & Castilho, E. A. (2008). AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. International journal of epidemiology, 37(4), 729–37. doi:10.1093/ije/dyn127

Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Cadenas, N., Marco, M. de, Hynes, M., & Cumsille, F. (2011). Perception of risk and drug use: An exploratory analysis of explanatory factors in six Latin American countries. The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research, 1(1), 9–17.

Bertoni, N., Singer, M., Silva, C. M., Clair, S., Malta, M., & Bastos, F. I. (2011). Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. Harm reduction journal, 8(1), 5. doi:10.1186/1477-7517-8-5

Beyrer, C., Malinowska-Sempruch, K., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Sidibe, M., & Strathdee, S. A. (2010). Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. Lancet, 376(9740), 551–63. doi:10.1016/S0140-6736(10)60928-2

Booth, R. E., Kwiatkowski, C. F., & Chitwood, D. D. (2000). Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. Drug and Alcohol Dependence, 58(3), 219–26. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10759032

Booth, R. E., Lehman, W. E. K., Dvoryak, S., Brewster, J. T., & Sinitsyna, L. (2009). Interventions with injection drug users in Ukraine. Addiction, 104(11), 1864–1873. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02660.x

Cáceres, C. F., Konda, K. a, Salazar, X., Leon, S. R., Klausner, J. D., Lescano, A. G., … Coates, T. J. (2008). New populations at high risk of HIV/STIs in low-income, urban coastal Peru. AIDS and behavior, 12(4), 544–51. doi:10.1007/s10461-007-9348-y

Cohen, J. (2006a). Struggling to Deliver on Promises and Assess HIV's Spread. Science, 313(5786), 480–481. doi:10.1126/science.313.5786.480

Cohen, J. (2006b). Why So High? A Knotty Story . Science , 313 (5786), 481–483. doi:10.1126/science.313.5786.481

Dormitzer, C. M., Gonzalez, G. B., Penna, M., Bejarano, J., Obando, P., Sanchez, M., … Anthony, J. C. (2004). The PACARDO research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health, 15(6), 400–16. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15272987

Downe, P. (1997). Constructing a complex of contagion: the perceptions of AIDS among working prostitutes in Costa Rica. Soc Sci Med, 44(10)(May), 1575–83.

Edlin, B. R., Irwin, K. L., Faruque, S., McCoy, C. B., Word, C., Serrano, Y., … Holmberg, S. D. (1994). Intersecting Epidemics -- Crack Cocaine Use and HIV Infection among Inner-City Young Adults. New England Journal of Medicine, 331(21), 1422–1427. doi:10.1056/NEJM199411243312106

Espada, J., Antón, F., & Torregrosa, M. S. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. Salud y drogas, 8(2), 137–155. Retrieved from http://haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=59

Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. Epidemiologic reviews, 26, 36–52. doi:10.1093/epirev/mxh007

Gálvez-Buccollini, J. A., DeLea, S., Herrera, P. M., Gilman, R. H., & Paz-Soldan, V. (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. BMC public health, 9, 23. doi:10.1186/1471-2458-9-23

Goldenberg, S. M., Strathdee, S. A., Perez-Rosales, M. D., & Sued, O. (2012). Mobility and HIV in Central America and Mexico: a critical review. Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health, 14(1), 48–64. doi:10.1007/s10903-011-9505-2

Granados Hernández, M., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., & Wright, M. da G. M. (2009). Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17(spe), 770–775. doi:10.1590/S0104-11692009000700003

IAFA. (2006). Consumo de Drogas en Costa Rica resultados de la encuesta nacional 2006. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/

IAFA. (2007). Investigaciones sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Costa Rica, 2001-2005. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/

IAFA. (2011). Investigaciones sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Costa Rica, 2006-2010. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/

IAFA. (2012). Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/

Jenkins, R. A. (2011). Recruiting Substance-Using Men Who Have Sex With Men into HIV Prevention Research: Current Status and Future Directions. AIDS and behavior. doi:10.1007/s10461-011-0037-5

Jürgens, R., Csete, J., Amon, J. J., Baral, S., & Beyrer, C. (2010). People who use drugs, HIV, and human rights. Lancet, 376(9739), 475–85. doi:10.1016/S0140-6736(10)60830-6

Kalichman, S. C., Cain, D., Zweben, A., & Swain, G. (2003). Sensation seeking, alcohol use and sexual risk behaviors among men receiving services at a clinic for sexually transmitted infections. Journal of Studies on Alcohol, 64(4), 564–569. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12921199

Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica. (1998). San José, Costa Rica.

Madrigal, J., Schifter, J., & Feldblum, P. (1998). Female condom acceptability among sex workers in Costa Rica. AIDS education and prevention official publication of the International Society for AIDS Education, 10(2), 105–13.

Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. Lancet, 368(9547), 1581–6. doi:10.1016/S0140-6736(06)69662-1

Mata, L., Ramírez, G., & Quesada, J. (1995). HIV/AIDS in Costa Rica: epidemiological and sociological features, 1993. Cellular and molecular biology, 41(Suppl 1:S53-63.).

McCoy, C. B., De Gruttola, V., Metsch, L., & Comerford, M. (2011). A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. AIDS and behavior, 15(8), 1707–14. doi:10.1007/s10461-011-9975-1

Metsch, Lisa R, McCoy, C. B., Miles, C. C., & Wohler, B. (2004). Prevention myths and HIV risk reduction by active drug users. AIDS education and prevention□: official publication of the International Society for AIDS Education, 16(2), 150–9. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15134123

Metsch, LisaR. R, McCoy, C. B., Wingerd, J., & Miles, C. C. (2001). Alternative Strategies for Sexual Risk Reduction Used by Active Drug Users. AIDS and Behavior, 5(1), 75–84. doi:10.1023/A:1009563506385

Milloy, M.-J. S., Marshall, B. D. L., Kerr, T., Buxton, J., Rhodes, T., Montaner, J., & Wood, E. (2012). Social and structural factors associated with HIV disease progression among illicit drug users: a systematic review. AIDS (London, England), 26(9), 1049–63. doi:10.1097/QAD.0b013e32835221cc

Ministerio de Salud. (2010a). Prevalencia de VIH, sífilis y comportamiento de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.cipacdh.org/pdf/DVS_prevalencia_VIH_sifilis_comportamiento.pdf

Ministerio de Salud. (2010b). Plan Estratégico Nacional del VIH 2011-2015. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/menu-superior-sobre-ministerio-ms/menu-superiores-sobre-ministerio-politicas-planes-salud-ms/doc_download/963-plan-estrategico-nacional-pen-vihsida-2011-2015

Ministerio de Salud. (2011). Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/inicio-menu-principal-centro-de-informacion-ms/inicio-menu-principal-centro-informacion-publicaciones-ms/doc_download/1168-informe-de-resultados-encuesta-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-2010

Ministerio de Salud. (2012). Informe Nacional Sobre los Avances en la Lucha Contra el SIDA 2010-2011 (pp. 1–90). San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/file,68499,es..pdf

Ministerio de Salud. (2013). Estadísticas de VIH, SIDA y Mortalidad Por SIDA, Costa Rica 2002-2012. San José, Costa Rica. Retrieved from http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informacion/doc_details/1284-estadisticas-de-vih-y-sida-costa-rica-2002-2011

Mizuno, Y., Purcell, D. W., Latka, M. H., Metsch, L. R., Gomez, C. A., & Latkin, C. A. (2007). Beliefs that condoms reduce sexual pleasure-gender differences in correlates among heterosexual HIV-positive injection drug users (IDUs). Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine, 84(4), 523–36. doi:10.1007/s11524-007-9162-x

Mosack, K. E., Abbott, M., Singer, M., Weeks, M. R., & Rohena, L. (2005). If I didn't have HIV, I'd be dead now: illness narratives of drug users living with HIV/AIDS. Qualitative health research, 15(5), 586–605. doi:10.1177/1049732304271749

Nattrass, N. (2008). Are country reputations for good and bad leadership on AIDS deserved? An exploratory quantitative analysis. Journal of Public Health, 30(4), 398–406. doi:10.1093/pubmed/fdn075

OPS. (2004). La situación del VIH/SIDA en Costa Rica (p. 48). San José, Costa Rica.

Padian, N. S., McCoy, S. I., Karim, S. S. A., Hasen, N., Kim, J., Bartos, M., … Cohen, M. S. (2011). HIV prevention transformed: the new prevention research agenda. Lancet, 378(9787), 269–78. doi:10.1016/S0140-6736(11)60877-5

Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. (2009). Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17(spe), 770–775. doi:10.1590/S0104-11692009000700003

Sandi, L., Diaz, A., & Uglade, F. (2002). Drug use and associated factors among rural adolescents in Costa Rica. Substance use & misuse, 37(5-7), 599–611. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12117062

Simoni, J. M., Nelson, K. M., Franks, J. C., Yard, S. S., & Lehavot, K. (2011). Are peer interventions for HIV efficacious? A systematic review. AIDS and behavior, 15(8), 1589–95. doi:10.1007/s10461-011-9963-5

Singer, M., Scott, G., Wilson, S., Easton, D., & Weeks, M. (2001). "War Stories": AIDS Prevention and the Street Narratives of Drug Users. Qualitative Health Research, 11(5), 589–611. doi:10.1177/104973201129119325

Song, Y. S., Calsyn, D. a, Doyle, S. R., Dierst-Davies, R., Chen, T., & Sorensen, J. L. (2009). Predictors of condom use among men enrolled in drug treatment programs. AIDS education and prevention□: official publication of the International Society for AIDS Education, 21(5), 460–73. doi:10.1521/aeap.2009.21.5.460

Soto, R. J., Ghee, A. E., Nuñez, C. A., Mayorga, R., Tapia, K. A., Astete, S. G., … Multicéntrico, S. T. (2007). Sentinel Surveillance of Sexually Transmitted Infections/HIV and Risk Behaviors in Vulnerable Populations in 5 Central American Countries. J Acquir Immune Defic Syndr, 46(1), 101–111. doi:00126334-200709010-00014

Stacy, A., Stein, J., & Longshore, D. (1999). Habit, Intention, and Drug Use as Interactive Predictors of Condom Use Among Drug Abusers. AIDS and Behavior, 3(3), 231–241. doi:10.1023/A:1025408611916

The World Bank. (2006). Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Costa Rica: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic. Washington, DC. Retrieved from http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSCOSTARICAFINAL.pdf

UNAIDS. (2009). AIDS Epidemic Update 2009. Joint United Nations Programme on HIVAIDS UNAIDS and World Health Organization WHO. World Health Organization. Retrieved from http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp

UNAIDS. (2010). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Urban Research (Vol. 3, p. 364). UNAIDS. doi:10.1080/17535069.2010.481379

Weatherby, N., Needle, R., & Cesari, H. (1994). Validity of self-reported drug use among injection drug users and crack cocaine users recruited through street outreach. Evaluation and Program …, 17(4), 347–355. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0149718994900353

Wheeler, D. A., Arathoon, E. G., Pitts, M., Cedillos, R. A., Bu, T. E., Porras, G. D., … Sosa, N. R. (2001). Availability of HIV care in Central America. JAMA□: the journal of the American Medical Association, 286(7), 853–60. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11497545

Williams, M., Bowen, A., Atkinson, J. S., Nilsson-Schönnesson, L., Diamond, P. M., Ross, M. W., & Pallonen, U. E. (2011). An assessment of brief group interventions to increase condom use by heterosexual crack smokers living with HIV infection. AIDS Care, 24(2), 220–231. doi:10.1080/09540121.2011.59770

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2014
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1, 37-46

ALCOHOL Y AMNESIA EN UNIVERSITARIOS DE ARGENTINA Y ESPAÑA: PREVALENCIA Y PREDICCIÓN

ALCOHOL AND BLACKOUT IN UNIVERSITY STUDENTS OF ARGENTINA AND SPAIN: PREVALENCE AND PREDICTION

Karina Conde[1], Milena Laura Remaggi[1] y Mariana Cremonte[2]

[1]Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

[2]Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

Abstract

We estimated the prevalence of episodes of alcohol-induced amnesia without loss of consciousness –blackouts-, and identified predictors in university students in Argentina and Spain. We used a self-administered structured and anonymous questionnaire that assessed socio-demographic variables, life-time, annual and monthly prevalence of blackouts, alcohol drinking habits, alcohol use disorders, and use of other substances. The adequacy of the predictors was estimated through logistic regressions.

Participants were 472 Argentinean (18 to 52 years, 81% female) and 320 Spanish students (18 to 54 years, 83% female), the annual prevalence of episodes of anterograde amnesia was 28 % (IC 95% [24-32) and 47 % (IC 95% [41-53]) respectively. Despite differences in other predictors between students from both countries, in both the probability seemed to be greater among those who binge drink (p>.01, OR=2.02 Argentinean, p>.01, OR=5.27 Spanish) or have an alcohol use disorder (p>.01, OR=3.36 Argentinean, p>.01, OR=6.28 Spanish). Probability of having a monthly blackout increased with life-time prevalence (p>.01, OR=20.71 Argentineans, p>.01, OR=23.33 Spanish).

Further research and strategies are needed to reduce drinking and this and other alcohol-related consequences in similar populations.

Keywords: Alcohol drinking, Argentina, Blackouts, University students, Spain.

Resumen

Este estudio tuvo por objetivo estimar la prevalencia de episodios de amnesia anterógrada sin pérdida de conciencia inducida por el alcohol e identificar sus predictores en estudiantes universitarios de Argentina y España. Mediante un cuestionario auto-administrado estructurado y anónimo se evaluaron variables socio-demográficas, prevalencia vital, anual y mensual de episodios de amnesia anterógrada, consumo habitual de alcohol, trastornos por uso de alcohol y consumo de otras sustancias psicoactivas. La adecuación de los predictores fue estimada con regresiones logísticas.

Participaron 472 estudiantes argentinos (18 a 52 años, 81% mujeres) y 320 españoles (18 a 54 años, 83% mujeres); la prevalencia anual de episodios de amnesia anterógrada fue de 28% (IC 95% [24-32) y 47% (IC 95% [41-53]) respectivamente. Si bien existieron diferencias en otros predictores, en ambos la probabilidad de experimentarlo fue mayor entre quienes presentaban consumo excesivo episódico (p>.01, OR=2.02 argentinos; p>.01, OR=5.27 españoles) o trastornos por uso de alcohol (p>.01, OR=3.36 argentinos; p>.01, OR=6.28 españoles). Haber tenido un episodio de amnesia anterógrada alguna vez aumentaría su frecuencia (p>.01, OR=20.71 argentinos; p>.01, OR=23.33 españoles).

Se hacen necesarias nuevas investigaciones y estrategias para disminuir el consumo de alcohol y sus consecuencias riesgosas en poblaciones similares.

Palabras clave: Amnesia anterógrada, Argentina, Consumo de alcohol, España, Estudiantes universitarios.

Correspondencia: Funes 3250, Cuerpo V, Nivel III, Tel: 54 223 4752526, Mar del Plata (CP 7600), Buenos Aires, Argentina.

El consumo de riesgo de alcohol, i. e. un patrón de consumo que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias nocivas (Organización Mundial de la Salud, 1994), tiene un importante rol en la mortalidad y morbilidad de los estudiantes universitarios (Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein, & Wechsler, 2002). No sólo deteriora la vida de los estudiantes que beben (e. g. menor rendimiento académico y atlético, lesiones y otras enfermedades, relaciones sexuales no buscadas y sin protección, etc.) sino que en su entorno hay otros que a menudo sufren las consecuencias de su accionar (e. g. vandalismo, violencia sexual y física, etc.) (Perkins, 2002). Muchas de estas conductas son llevadas a cabo durante episodios conocidos como blackouts o episodios de amnesia anterógrada (White, Jamieson-Drake, & Swartzwelder, 2002).

Efectos del consumo de alcohol en la juventud

Distintas investigaciones coinciden en que el consumo de alcohol en la juventud produce efectos nocivos que se prolongan a toda la vida. En una revisión reciente Zeigler et al. (2005) concluyen que se relaciona con perturbaciones en la salud mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, del sueño e ideaciones suicidas. Aumenta la probabilidad de padecer trastornos como la dependencia o el consumo perjudicial y enfermedades concomitantes en la adultez. Y afecta profundamente al aprendizaje y la memoria, ya que hasta alrededor de los 20 años se desarrolla el hipocampo, fundamental para ambos procesos y muy sensible a los efectos químicos del etanol (Zeigler et al., 2005).

Amnesia Anterógrada, Alcohol y Factores Asociados

Definido como todo episodio de amnesia anterógrada (EAA) sin pérdida de conciencia resultante de la ingestión de alcohol (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013), el blackout constituiría un factor de riesgo para déficits cognitivos a largo plazo (Nespor, 2004). Aunque es un síntoma asociado al alcoholismo (Zucker, Austin, & Branchey, 1985), es la consecuencia de consumo de alcohol más frecuentemente informada incluso por personas sin trastornos por uso de alcohol (Knibbe, Derickx, Kuntsche, Grittner, & Bloomfield, 2006; Rose & Grant, 2010).

Durante un EAA la función cognitiva más afectada sería la memoria, mientras que las demás permanecerían relativamente inalteradas; esto quiere decir que se podría conversar y hasta conducir. Las expectativas de intoxicación con alcohol se distorsionarían, percibiéndose sólo sus aspectos positivos (Lee, Roh, & Kim, 2009). Por ello, los estudiantes universitarios que han pasado por esta experiencia tenderían a valorarla como neutral o positiva (Mallett, Bachrach, & Turrisi, 2008).

Algunas diferencias individuales aumentarían la predisposición al EAA. Se ha planteado un posible componente genético que actúa en interacción con la frecuencia de intoxicación (Nelson et al., 2004). Asimismo, aquellos con experiencias previas de un EAA parecerían ser más propensos a mostrar déficits en el recuerdo de eventos o episodios (Miller, Hertel, Saucedo, & Hester, 1994; Wetherill & Fromme, 2011).

El incremento rápido del nivel de alcohol en sangre también se relacionaría con el EAA (Alderazi & Brett, 2007; Perry et al., 2006; Rose & Grant, 2010; White, 2003), pudiendo determinar una mayor prevalencia en varones universitarios, quienes suelen consumir bebidas alcohólicas más rápidamente (Rosenbluth, Nathan, & Lawson, 1978). Sin embargo, por diferencias farmacocinéticas y de la composición corporal, las mujeres serían más susceptibles al EAA. Podrían llegar a experimentarlo ingiriendo casi la mitad de alcohol que un varón (Hunt, 1993), y tardarían más en recuperarse de los daños cognitivos (Rose & Grant, 2010; White, 2003).

Dado que el alcohol interactúa con otras sustancias psicoactivas a nivel neuroquímico, las posibilidades de experimentar un EAA se elevarían, por ejemplo, con el uso concomitante de medicamentos con benzodiacepinas o marihuana (Alderazi & Brett, 2007; White, 2003).

Sumado a las características individuales, el patrón habitual de consumo de alcohol jugaría un importante papel en el EAA, en especial el excesivo episódico (CEEA) o binge drinking (Mundt, Zakletskaia, Brown, & Fleming, 2012), i.e. consumo que deriva en una concentración de alcohol en sangre de 0,08 gr/100 ml o superior, en una misma ocasión (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004). De hecho, la incidencia se duplicaría entre los jóvenes universitarios que son consumidores

excesivos frecuentes (Wechsler, Lee, Kuo, & Lee, 2000). Si presentan un trastorno por abuso, i.e. uso continuado de alcohol a pesar de estar relacionado a problemas psicosociales recurrentes y/o posible riesgo físico (American Psychiatric Association, 1994), aumentaría la susceptibilidad a déficits de memoria causados por el alcohol en la adultez (Zeigler et al., 2005), y los que más consumen tenderían a subestimar la relación entre la cantidad ingerida y sus consecuencias (Mallett, Lee, Neighbors, Larimer, & Turrisi, 2006). El EAA sería además un predictor de lesiones por causas externas relacionadas con la ingesta de alcohol (Mundt et al., 2012), y del incremento del consumo a largo plazo (Read, Wardell, & Bachrach, 2013).

Alcohol y Estudiantes Universitarios en Argentina y España

Debido a flujos migratorios que se produjeron durante siglos, Argentina y España se han visto influenciadas mutuamente en varios aspectos culturales que incluyen cuestiones habituales como la comida y bebida (Míguez, 2005). Europa es la región del mundo con mayor consumo de alcohol (Anderson & Baumberg, 2006). La ingesta per cápita en países como España asciende a más de 11 L anuales; en Argentina, primer país de América en lo que a consumo per cápita se refiere, esta cifra es de 10 L anuales (World Health Organization, 2011). En ambos contextos, el alcohol se ha visto asociado a lesiones y actos de violencia (Anderson & Baumberg, 2006; Cherpitel et al., 2003; Monteiro, 2007) y los jóvenes han cambiado de modo preocupante la forma en que consumen alcohol (Calafat Far, 2007; Míguez, 2005). Participan en eventos de CEEA previos a la fiestas o salidas denominados pregaming o preloading en la literatura anglosajona y cuyos correlatos en Argentina y España son la previa y el botellón respectivamente (Espejo, Cortés, del Río, Giménez, & Gómez, 2012; Rigotti et al., 2012).

En España se estima una prevalencia de consumo de riesgo de 37% en los universitarios (Caamano-Isorna, Corral, Parada, & Cadaveira, 2008). En Argentina, resultados previos de una muestra de la Universidad Nacional de Mar del Plata revelaron una prevalencia de CEEA de casi 40% (Cremonte, Conde, & Remaggi, 2009). En estos países, muchos universitarios creen que beber no acarreará consecuencias negativas y no conciben la intoxicación por alcohol como un problema (Espejo et al., 2012; Rigotti et al., 2012).

A pesar de sus repercusiones en la salud pública, los estudios sobre la prevalencia y factores asociados al EAA son escasos, provienen mayormente de Norteamérica y sus resultados suelen diferir. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima una prevalencia para el último año de entre 25% y 40% en universitarios (Knibbe et al., 2006; Wechsler et al., 2000; Zeigler et al., 2005), mientras que en Brasil es del 10% en estudiantes de secundaria (Leite Vieira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira, 2007). Hasta donde se sabe sólo un estudio presentó, entre otros, datos sobre la prevalencia de EAA en la población general de España, siendo de 10% en varones y 8% en mujeres (Knibbe et al., 2006), mientras que en Argentina no se hallaron estudios en el tema.

Objetivos e Hipótesis

Con el fin realizar aportes en esta cuestión, este trabajo tiene por objetivo realizar una aproximación a la determinación del EAA en dos poblaciones de estudiantes universitarios: la de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) en Argentina y la de la Universidad de Jaén (UJA) en España. Adicionalmente, se compararán ambas prevalencias, se describirá la relación con variables socio-demográficas (sexo, edad y nivel económico), se identificarán posibles factores predictivos y se estimará la probabilidad de experimentar un EAA.

Se espera que la prevalencia anual de EAA sea mayor entre quienes consuman habitualmente cantidades altas de alcohol, tengan una mayor frecuencia de consumo, problemas relacionados con el alcohol, y consuman otras sustancias psicoactivas. Por su parte, se cree que habrá mayor prevalencia mensual de EAA en personas que ya lo hayan experimentado alguna vez en la vida. Se pretende así contribuir al estudio de las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol en estudiantes universitarios, específicamente a la comprensión de los efectos del consumo de alcohol en la memoria.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue probabilística (sistemática por conglomerados), convocándose a todos los estudiantes regulares de las carreras de Psicología presentes en distintas asignaturas obligatorias de primero, segundo y tercer año de la licenciatura (UNMdP) y el grado (UJA) y. Las sub-muestras argentina y española fueron comparables en cuanto a edad, formación, hábitos culturales de consumo y sexo. Según datos oficiales de ambos establecimientos, para el periodo lectivo 2011-2012, la proporción de varones fue idéntica (20%). La participación fue voluntaria, no se ofreció ningún tipo de compensación y se registraron 8 negaciones.

La muestra estuvo constituida por 472 estudiantes de la UNMdP de entre 18 y 52 años, y 320 estudiantes de la UJA de entre 18 y 54 años. Los datos descriptivos por universidad se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra por universidad de procedencia

Variables	UNMdP (n=472)				UJA (n=320)			
	N	%	M(DS)	IC 95%	N	%	M(DS)	IC 95%
Sexo	470							
Mujer		81	---	80-87		83	---	79-88
Varón		19	---	15-23		17	---	12-21
Edad	468	---	23.4(7)	22.7-24.0	319	---	20.2(4.1)	19.7-20.6
Ingreso inferior al salario mínimo	380	14	---	10-18	139	13	---	7-19
Consumo habitual de alcohol								
Frecuencia								
Todos los días		1	---	---		1	---	---
Casi todos los días		1	---	---		2	---	---
3 o 4 veces/semana		3	---	---		6	---	---
1 o 2 veces /semana		31	---	---		36	---	---
2 o 3 veces/mes		26	---	---		27	---	---
Cerca de una vez/mes		12	---	---		11	---	---
6-11 veces al año		7	---	---		6	---	---
1-5 veces al año		12	---	---		7	---	---
No últimos 12 meses		3	---	---		2	---	---
Nunca		3	---	---		3	---	---
Cantidad*	471	---	2.7(2.2)	2.5-2.9		---	5(4.3)	4.5-5.5
Consumo excesivo episódico de alcohol	469	35	---	31-39	319	54	---	48-59
Trastornos por uso de alcohol según DSM-IV, 5 e ICD-10	470	28	---	24-32	319	47	---	41-52
Consumo de otras sustancias	410	38	---	34-43	269	34	---	28-40

Nota. Se incluyó el n en las variables con datos perdidos.

*Medido en unidades estándar: aproximadamente 11 gr de alcohol puro en Argentina y 10 gr en España.

Medidas

El diseño del estudio fue descriptivo transversal. Con el fin de controlar sesgos de clasificación se siguieron las siguientes pautas: no vínculo entre los encargados de la recolección de datos y los participantes, utilización de un cuestionario auto-administrado estructurado, anonimato y ocultación de las hipótesis de trabajo a los estudiantes, entregándoles sólo información general sobre el estudio.

Episodio de amnesia anterógrada (EAA). Se estimó su presencia o ausencia con el séptimo ítem del Test de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol (AUDIT), una escala de 10 ítems agrupados en 3 dimensiones, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para detectar consumo de riesgo, perjudicial o dependencia (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Se empleó una adaptación a la población argentina, α = .88, S = 93%, E = 80%; (Cremonte, Ledesma, Cherpitel, & Borges, 2010) o a la

población española, α = .88, S = 90%, E = 82% (Contel Guillamón, Gual Solé, & Colom Farran, 1999) según la muestra. Se construyó una variable dicotómica considerando positivo el auto-informe de al menos un EAA en los últimos doce meses. La prevalencia mensual se estableció con el mismo cuestionario e ítem, y la prevalencia de vida con el último ítem del cuestionario breve TWEAK, cuyo objetivo es el tamizaje de consumo de riesgo (Russell et al., 2006). Ha demostrado validez en varios contextos, incluido el argentino, KR20 = .77, S = 98%, E = 67% (Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora, & Cherpitel, 2001; Cremonte et al., 2010).

Consumo habitual de alcohol. La cantidad y la frecuencia de consumo habitual de alcohol se evaluaron mediante el enfoque de cantidad-frecuencia graduada, que establece preguntas sobre la frecuencia de consumo de alcohol en diferentes cantidades con respuestas prefijadas, a partir del número mayor de unidades estándar de bebidas alcohólicas (Gmel, Graham, Kuendig, & Kuntsche, 2005). Las unidades estándar se establecieron según los parámetros apropiados para cada contexto. El CEEA, un patrón de consumo de alcohol que deriva en una concentración de alcohol en sangre de 0.08 gr/100ml o superior en una ocasión, también se evaluó con este método. Se consideró como positivo a quien en los últimos 12 meses hubiese consumido 5 o más unidades estándar de alcohol en una ocasión, al menos una vez al mes.

Trastornos por uso de alcohol. Fue identificada la presencia de trastornos por uso de alcohol compatibles con la International Classification of Diseases (ICD) versión 10 (i. e. dependencia y consumo perjudicial) y con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) versión IV y 5 (i. e. dependencia y abuso, y dependencia media y grave). Se utilizó la Sección de Alcohol de la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (CIDI) (Robins et al., 1988), que ha demostrado validez en distintos contextos (Tacchini, Coppola, Musazzi, Altamura, & Invernizzi, 1994).

Consumo de otras sustancias psicoactivas. Se indagó el consumo de al menos una sustancia psicoactiva distinta del alcohol (i. e. cannabis, cocaína y otras) durante los últimos doce meses mediante una pregunta diseñada ad-hoc.

Variables socio-demográficas. Se registró la edad, sexo y el ingreso total mensual aproximado del hogar de cada participante. Posteriormente se calculó el nivel de ingresos en base al salario mínimo establecido para el periodo en cada país (Boletín Oficial del Estado, 2012; Consejo Nacional del Empleo, 2008).

Procedimiento

Los participantes se reclutaron en aulas de las instituciones. Los datos se recogieron en horario de clase regular en noviembre de 2008, abril y junio de 2009 (UNMdP) y febrero y marzo de 2013 (UJA). El cuestionario utilizado fue de aproximadamente 20 min de duración y estuvieron presentes asistentes entrenados para responder preguntas e inquietudes.

Este estudio contó con el aval del Comité de ética del Instituto Nacional de Epidemiología en Mar del Plata y del Comité de ética de la Universidad de Jaén. En ambas muestras, se respetó el resguardo del anonimato y se obtuvo consentimiento informado. A todos los estudiantes se les entregó una hoja de información sobre el estudio y formas de contactar a los responsables de su ejecución.

Análisis de los datos

Las estimaciones de las variables socio-demográficas de la muestra (edad, sexo y nivel de ingresos) y de las características del consumo de alcohol (cantidad y frecuencia, presencia de trastornos por uso de alcohol y abstemios) se efectuaron con análisis descriptivos.

Para explorar las hipótesis se utilizaron técnicas de análisis multivariado. Mediante regresiones logísticas (Método = Introducir) se estudió el valor predictivo de las siguientes variables por separado: nivel de ingresos (variable dicotómica, valor de referencia = inferior al salario mínimo para el periodo), sexo (variable dicotómica, valor de referencia = mujeres), edad (variable continua), trastornos por uso de alcohol (variable dicotómica, valor de referencia = negativo), CEEA (variable dicotómica, valor de referencia = negativo) y consumo de otras sustancias (variable dicotómica, valor de referencia = negativo). De acuerdo a estos resultados, se seleccionaron variables para la construcción de modelos de regresión logística. Para todos los análisis se utilizó el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12.0 para Windows.

El tamaño muestral se calculó con el programa Ene 2.0. para la comparación de proporciones con una potencia de 80%.

RESULTADOS

Casi 3 de cada 10 (28%, IC 95% [24-32]) estudiantes de psicología de la UNMdP tuvieron un EAA en el último año. Para la UJA esta cifra ascendió a casi la mitad (47%, IC 95% [41-53]). Si bien la diferencia en la prevalencia entre ambas universidades fue significativa por separado (p < 0.1, OR = 2.31 IC 95% [1.72-3.11]), al controlar por los restantes predictores (edad, sexo, trastornos por uso de alcohol, CEEA y consumo de otras sustancias) no resultó ser significativa (p >.05, OR = 1.37 IC 95% [.93-2.02]). La prevalencia de vida de EAA en la UNMdP fue de 34% (IC 95% [29-38]) y de 55% (IC 95% [49-61]) en la UJA. En el último año, un 10% (IC 95% [7-12]) informó haber tenido episodios de EAA mensualmente en la UNMdP y 15% (IC 95% [11-19]) en la UJA.

Tomadas individualmente, resultaron significativas las relaciones entre el EAA y todas las variables consideradas, con excepción del sexo y el nivel de ingresos en ambos casos (Tabla 2).

El análisis estratificado según la universidad de procedencia arrojó resultados distintos en algunos predictores (Tabla 2). Mientras que el sexo no fue significativo en ambas, en la UJA tampoco lo fueron la edad y el consumo de otras sustancias; y el tener un trastorno por uso de alcohol y CEEA implicó una mayor probabilidad de EAA. Para la UNMdP, el modelo explicó 26% de la varianza en el EAA (R2 de Nagelkerke = .26) y la bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow fue menor, X2 = 13.05, p > .11. En la UJA el porcentaje de varianza explicado fue 44% (R2 de Nagelkerke = .44) y la bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow fue moderada, X2 = 8.28, p > .40.

Se realizó un segundo modelo estratificado según el sexo e incluyendo las variables universidad de procedencia, edad, trastornos por uso de alcohol, CEEA y consumo de otras sustancias psicoactivas (Tabla 2). Mientras que el consumo de otras sustancias psicoactivas no fue significativo en mujeres (R2 de Nagelkerke = .39; Hosmer-Lemeshow X2 = 9.67, p > .28), lo mismo sucedió con el CEEA y la edad en varones (R2 de Nagelkerke = .28; Hosmer-Lemeshow X2 = 7.19, p > .51). Tener un trastorno por uso de alcohol aumentó más la probabilidad de EAA en las mujeres que en los varones.

Tabla 2. Predictores de episodios de amnesia anterógrada inducida por el alcohol en estudiantes de una universidad argentina y una universidad española

	UNMdP			UJA		
Predictor	p <*	OR	IC 95%	p <*	OR	IC 95%
Nivel de ingresos	.54	1.24	.62-2.47	.91	.94	.35-2.55
Sexo	.06	1.60	.98-2.61	.78	.92	.51-1.66
Edad	.01	.86	.81-.92	.01	.87	.78-.97
Trastornos por uso de alcohol	.01	5.97	3.83-9.32	.01	9.40	5.64-15.68
CEEA	.01	3.83	2.51-5.85	.01	6.17	3.77-10.09
Consumo de otras sustancias	.01	1.91	1.24-2.97	.01	2.84	1.68-4.80
Predictores de EAA incluidos en el modelo según universidad de procedencia						
Sexo	.67	1.14	.62-2.11	.18	.56	.24-1.30
Edad	.01	.88	.82-.95	.17	.90	.78-1.05
Trastorno por uso de alcohol	.01	3.36	2.02-5.59	.01	6.28	3.41-11.55
CEEA	.01	2.02	1.21-3.39	.01	5.27	2.82-9.84
Consumo de otras sustancias	.04	1.69	1.01-2.81	.19	1.54	.80-2.96
Predictores de EAA incluidos en el modelo según sexo						
	Mujeres			Varones		
Universidad de procedencia	.12	1.41	.91-2.17	.66	1.24	.49-3.12
Edad	.01	.87	.80-.95	.09	.91	.81-1.02
Trastornos por uso de alcohol	.01	4.67	3.05-7.17	.02	3.15	1.29-7.42
CEEA	.01	3.38	2.20-5.17	.45	1.45	.55-3.83
Consumo de otras sustancias	.10	1.45	.93-2.28	.02	2.99	1.21-7.42

Nota. *Según estadístico de Wald.

Por último, ajustada por la edad, cantidad y frecuencia de consumo, la relación entre el haber tenido un EAA en el último mes y haberlo tenido alguna vez en la vida fue significativa tanto para los estudiantes de la UNMdP (p < .01, R2 de Nagelkerke =.43, OR = 9.15 IC

95% [3.37-24.89]) como para los de la UJA ($p < .01$, R2 de Nagelkerke =.35, OR = 14.77 IC 95% [3.26-66.87]). Incluso la prevalencia de EAA mensual en los que tuvieron un EAA alguna vez en su vida fue casi idéntica (UNMdP 25% y UJA 26%).

DISCUSIÓN

El EAA resultó ser una consecuencia del consumo del alcohol muy prevalente en las poblaciones estudiadas, tanto a nivel global como por separado en cada universidad. Como se ha observado en la literatura, existirían diferencias según el contexto (Knibbe et al., 2006; Wechsler et al., 2000; Leite Vieira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira, 2007; Zeigler et al., 2005). Al comparar las prevalecias se encontraron diferencias entre la UNMdP y la UJA, pero no en el análisis ajustado (potencia = 99%). Esto parecería indicar que la frecuencia y cantidad de consumo (mayores en la UJA) son responsables de la mayor prevalencia.

No se encontraron diferencias en cuanto al sexo, hallazgo coherente con lo descrito en la literatura. Considerando que el EAA se relacionaría con el incremento rápido de alcohol en sangre (Alderazi & Brett, 2007; Hunt, 1993; Perry et al., 2006; Rose & Grant, 2010; Rosenbluth et al., 1978; White, Signer, Kraus, & Swartzwelder, 2004), este resultado podría explicarse ya que si bien las mujeres serían más propensas a experimentar un EAA por su composición corporal y diferencias en la metabolización del alcohol, los varones tenderían a beber más rápido, con lo cual ambos mecanismos (uno fisiológico y el otro conductual) resultarían en un rápido incremento de alcohol en sangre. No obstante, el análisis por sexo permitió identificar diferentes predictores en varones y mujeres. El consumo de otras sustancias psicoactivas no se asoció a una mayor probabilidad de EAA (potencia = 92%) en las mujeres, lo que puede relacionarse con que las utilizan menos que los varones y podrían tener diferentes patrones de consumo (e. g. esporádico vs. intensivo). A su vez, la edad (potencia = 86%) y el CEEA (potencia = 97%) no fueron significativos en varones, pudiendo deberse a que aun con patrones de consumo similares (como el CEEA), las mujeres tienden a tener más EAA por una predisposición fisiológica (Hunt, 1993).

Tampoco se encontraron relaciones respecto del nivel económico. En cambio, la relación con la edad fue significativa en el análisis de cada variable por separado y las probabilidades de experimentar un EAA se redujeron con el aumento de la edad. En relación a esto, otros estudios ya indicaron que el riego de disfunción en la memoria inducida por el alcohol sería mayor en los más jóvenes (Zeigler et al., 2005). El análisis del modelo estratificado pareció indicar que el efecto de la edad fue moderado, y diferente según la universidad de procedencia. Una posible hipótesis es que la muestra de la UJA poseía estudiantes más jóvenes y la edad fue menos variable.

Tal como se esperaba, la probabilidad de experimentar un EAA fue mayor en consumidores con una alta frecuencia y cantidad; también entre quienes padecían problemas relacionados con el alcohol y utilizaban otras sustancias psicoactivas. En consumidores excesivos episódicos fue 3 veces mayor respecto de los que no consumían según este patrón. Estos resultados apoyan la hipótesis planteada en otros estudios sobre la relación del EAA y el CEEA en poblaciones universitarias (Mundt et al., 2012; Wechsler et al., 2000). Aunque el EAA sería frecuente en personas con y sin trastornos por uso de alcohol (Knibbe et al., 2006; Rose & Grant, 2010), los estudiantes que padecían algún trastorno por uso de alcohol según los distintos sistemas diagnósticos tenían una probabilidad 4 veces mayor de experimentarlo, lo que apoya una de las hipótesis iniciales. Haber consumido alguna sustancia psicoactiva distinta del alcohol en el último año incrementó la probabilidad de EAA. En este sentido, Alderazi & Brett (2007) encontraron que el uso concomitante de alcohol y marihuana aumentaría la probabilidad de experimentar un EAA, posiblemente por un mayor deterioro orgánico, y esta fue la sustancia psicoactiva distinta del alcohol más consumida entre los participantes. Sin embargo, el análisis del modelo por universidad de procedencia mostró nuevamente discrepancias en este punto complejizando la hipótesis planteada. No existiendo diferencias significativas en la prevalencia de consumo de otras sustancias psicoactivas en ambas muestras y siendo la potencia aceptable (99%), se cree que como en el caso del sexo los patrones de consumo podrían diferir.

Asimismo, la frecuencia mensual de EAA fue considerablemente mayor en personas que habían

experimentado un EAA alguna vez en su vida, aportando datos en favor de ésta hipótesis. Si bien no se puede establecer un vínculo causal entre ambas, los resultados son consistentes con estudios experimentales previos que indican una mayor susceptibilidad al EAA en personas que ya lo experimentaron previamente (Miller et al., 1994; Wetherill & Fromme, 2011), posiblemente por un mayor deterioro cognitivo.

Implicaciones y consideraciones

El EAA es una consecuencia del consumo de alcohol con serios riesgos para la salud de los bebedores y su entorno, a corto y largo plazo. La alta prevalencia de EAA hallada implica que estos estudiantes se exponen a daños persistentes en la memoria, a una mayor predisposición a trastornos mentales, así como a conductas de riesgo y lesiones, que derivan en un perjuicio para ellos y otras personas.

En este trabajo se identificaron 4 predictores del EAA: trastornos por uso de alcohol, consumo excesivo episódico, consumo de otras sustancias psicoactivas y edad. Teniendo en cuenta que el EAA se vio asociado a la edad, también se puede decir que los más jóvenes son los más afectados. Sus capacidades en el aprendizaje y la memoria, fundamentales para su desempeño académico, podrían verse comprometidas por el nivel de alcohol que ingieren. Estos resultados preliminares muestran la necesidad de intensificar la investigación en el área clarificando las hipótesis esbozadas, y de aportar evidencias que ayuden a identificar factores asociados al EAA en estudiantes universitarios. Futuras líneas de investigación comparando poblaciones clínicas y no clínicas podrían ayudar a determinar el peso que tiene en el EAA cada tipo de trastorno por uso de alcohol frente a patrones de consumo como el excesivo episódico; y estudios longitudinales podrían mejorar la comprensión del fenómeno recolectando datos sobre la historia de consumo de alcohol, la edad, y los factores genéticos hereditarios y asociados al sexo.

También es importante que en poblaciones similares a la estudiada se implementen estrategias combinadas tendientes a reducir el consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias, reduciendo así la probabilidad de que se padezcan esta y otras consecuencias.

Limitaciones

Es posible que el alto porcentaje de mujeres haya resultado en un tamaño muestral insuficiente para detectar una asociación entre EAA y sexo (potencia = 14%). Para enmarcar los resultados que se presentan, también debe considerarse que el mayor porcentaje de no respuesta en el ítem sobre consumo de otras sustancias psicoactivas puede haberse debido a un sesgo de deseabilidad social, dado que el consumo de alcohol suele ser más aceptado socialmente que el consumo de otras sustancias psicoactivas. Por último, mencionar que los estudios de EAA mediante auto-informes deberían complementarse con estudios multi-método (observacionales y experimentales) que permitan comprender mejor los factores asociados e identificar sus distintas manifestaciones (e. g. fragmentarios vs. en bloque). No obstante estas limitaciones, se ha determinado la prevalencia de EAA e identificado factores predictores, lo que permitiría orientar estrategias de prevención.

REFERENCIAS

Alderazi, Y., & Brett, F. (2007). Alcohol and the nervous system. Current Diagnostic Pathology, 13, 203-209.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition. Washington: American Psychiatric Association.

Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe-public health perspective: Report summary. Drugs: Education, Prevention, and Policy, 13(6), 483-488.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in Primary Care, 2

Real decreto 1717/2012, de 28 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2013, (2012). Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/31/pdfs/BOE-A-2012-15766.pdf

Caamano-Isorna, F., Corral, M., Parada, M., & Cadaveira, F. (2008). Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69(2), 308.

Calafat Far, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en españa. Adicciones: Revista de Socidrogalcohol, 19(3), 217-223.

Casanova, L., Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M. E., & Cherpitel, C. (2001). El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. Salud Mental, 24(5), 3-11.

Resoluciones del salario mínimo, vital y móvil. 28.07.08, (2008). Disponible en http://www.trabajo.gov.ar/downloads/consejoSal/Fija-salario_3-2008.pdf

Cherpitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S., & Giesbrecht, N. (2003). A cross‐national meta‐analysis of alcohol and injury: Data from the emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP). Addiction, 98(9), 1277-1286.

Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., & Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (audit): Traducción y validación del audit al catalán y castellano. Adicciones, 11(4), 337-347.

Cremonte, M., Ledesma, R. D., Cherpitel, C. J., & Borges, G. (2010). Psychometric properties of alcohol screening tests in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. Addictive Behaviors, 35(9), 818-825.

Cremonte, M., Conde, K., & Remaggi, M. (2009). Consumo excesivo episódico de alcohol en estudiantes universitarios. IV Congreso Marplatense De Psicología. Ideales Sociales, Psicología y Comunidad. Mar del Plata, Argentina.

Espejo, B., Cortés, M. T., del Río, B. M., Giménez, J. A., & Gómez, C. (2012). Traits that define the different alcohol intensive consume type during the practice of "Botellon". The Spanish Journal of Psychology, 15(1), 256-264.

Gmel, G., Graham, K., Kuendig, H., & Kuntsche, S. (2005). Measuring alcohol consumption—should the 'graduated frequency'approach become the norm in survey research? Addiction, 101(1), 16-30.

Hingson, R. W., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A., & Wechsler, H. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 63(2), 136.

Hunt, W. A. (1993). Are binge drinkers more at risk of developing brain damage? Alcohol, 10(6), 559-561.

Knibbe, R. A., Derickx, M., Kuntsche, S., Grittner, U., & Bloomfield, K. (2006). A comparison of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. Alcohol and Alcoholism, 41(1), i19-i25.

Lee, H., Roh, S., & Kim, D. J. (2009). Alcohol-induced blackout. International Journal of Environmental Research and Public Health, 6(11), 2783-2792.

Leite Vieira, D., Ribeiro, M., Romano, M., & Laranjeira, R. R. (2007). Álcool e adolescentes: Estudo para implementar políticas municipais. Rev. Saúde Pública, 41(3), 396-403.

Mallett, K. A., Bachrach, R. L., & Turrisi, R. (2008). Are all negative consequences truly negative? assessing variations among college students' perceptions of alcohol related consequences. Addictive Behaviors, 33(10), 1375-1381.

Mallett, K. A., Lee, C. M., Neighbors, C., Larimer, M. E., & Turrisi, R. (2006). Do we learn from our mistakes? an examination of the impact of negative alcohol-related consequences on college students' drinking patterns and perceptions. Journal of Studies on Alcohol, 67(2), 269-276.

Míguez, H. A. (2005). Cambios de la alcoholización en la argentina: Problemas sociales y sanitarios. Revista de Policía y Criminalística, 362(16).

Miller, W. R., Hertel, P., Saucedo, C., & Hester, R. K. (1994). Effects of alcohol and expectancy on episodic memory in individuals reporting alcoholic blackouts. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2(2), 161.

Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Mundt, M. P., Zakletskaia, L. I., Brown, D. D., & Fleming, M. F. (2012). Alcohol-induced memory blackouts as an indicator of injury risk among college drinkers. Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention, 18(1), 44-49.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2013). AOD thesaurus. alcoholic blackout. Consultado el 02/15, 2013, en http://etoh.niaaa.nih.gov/dbtw-wpd/exec/dbtwpcgi.exe

Nelson, E. C., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Fu, Q., Knopik, V., . . . Martin, N. G. (2004). Genetic epidemiology of alcohol-induced blackouts. Archives of General Psychiatry, 61(3), 257-263.

Nespor, K. (2004). Alcohol-related amnesia ("blackout") in broader perspective. Casopis Lekaru Ceskych, 143(12), 861-862.

Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Paschall, M. J., Antin, T., Ringwalt, C. L., & Saltz, R. F. (2011). Evaluation of an internet-based alcohol misuse prevention course for college freshmen: Findings of a randomized multi-campus trial. American Journal of Preventive Medicine, 41(3), 300-308.

Perkins, H. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, (14), 91.

Perry, P. J., Argo, T. R., Barnett, M. J., Liesveld, J. L., Liskow, B., Hernan, J. M., . . . Brabson, M. A. (2006). The association of alcohol-induced blackouts and grayouts to blood alcohol concentrations. Journal of Forensic Sciences, 51(4), 896-899.

Read, J. P., Wardell, J. D., & Bachrach, R. L. (2013). Drinking consequence types in the first college semester differentially predict drinking the following year. Addictive Behaviors, 38(1), 1464-1471.

Rigotti, H., Milesi, A., & Peralta, V. (2012). Análisis del consumo de sustancias en estudiantes universitarios y sus posibles efectos en la formación de grado. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 1(1).

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., & Regier, D. A. (1988). The composite international diagnostic interview. an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Archives of General Psychiatry, 45(12), 1069-1077.

Rose, M. E., & Grant, J. E. (2010). Alcohol-induced blackout. phenomenology, biological basis, and gender differences. Journal of Addiction Medicine, 4(2), 61-73.

Rosenbluth, J., Nathan, P. E., & Lawson, D. M. (1978). Environmental influences on drinking by college students in a college pub: Behavioral observation in the natural environment. Addictive Behaviors, 3(2), 117-121.

Russell, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Mudar, P., Bottoms, S., Jacobson, S., & Jacobson, J. (2006). Screening for pregnancy Risk - Drinking. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18(5), 1156-1161.

Tacchini, G., Coppola, M., Musazzi, A., Altamura, A., & Invernizzi, G. (1994). Multinational validation of the composite international diagnostic interview (CIDI). Minerva Psichiatrica, 35(2), 63.

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

Wetherill, R. R., & Fromme, K. (2011). Acute alcohol effects on narrative recall and contextual memory: An examination of fragmentary blackouts. Addictive Behaviors, 36(8), 886-889.

White, A. M. (2003). What happened? alcohol, memory blackouts, and the brain. Alcohol Research and Health, 27(2), 186-196.

White, A. M., Jamieson-Drake, D. W., & Swartzwelder, H. S. (2002). Prevalence and correlates of alcohol-induced blackouts among college students: Results of an e-mail survey. Journal of American College Health, 51(3), 117-9, 122-31.

White, A. M., Signer, M. L., Kraus, C. L., & Swartzwelder, H. S. (2004). Experiential aspects of alcohol-induced blackouts among college students. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30(1), 205-224.

World Health Organization. (2011). Global Status Report on Alcohol.2011. Ginebra: WHO.

Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine, 40(1), 23-32.

Zucker, D. K., Austin, F. M., & Branchey, L. (1985). Variables associated with alcoholic blackouts in men. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 11(3-4), 295-302.

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2013
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1, 47-58

PANORAMA ACTUAL EN EL USO DE DROGAS EMERGENTES

A CURRENT APPROACH ON THE USE OF EMERGENT DRUGS

Helen Dolengevich-Segal[1], Jorge Gómez-Arnau[1], Beatriz Rodríguez-Salgado[2], María Frenzi Rabito-Alcón[1] y Javier Correas-Lauffer[1]

[1]Hospital del Henares

[2]Centro de Salud Mental de San Blas, Hospital Ramón y Cajal

Abstract

Groundwork: New substances and new forms of consumption emerge in the drug market. Internet plays an essential role in the easy and anonymous distribution of these drugs as well as in the consumption culture. Many of these substances escape the law because they are novel or originally intended for other uses. *Aims:* To obtain a comprehensive and current approach of the emerging drugs which are now most important, either for their popularity or for their potential danger for health. *Methodology:* Review of scientific literature regarding some of the most popular and health-threatening emerging drugs, as well as blogs and web pages not scientifically indexed. *Results:* Synthetic cannabinoids are one of the most rising drugs and represent a legal alternative to cannabis. Some substances of vegetal origin (kratom, Jimson weed, belladonna) are consumed by their psychotropic effect. Mephedrone is the drug that arouses more deaths. Bromo-DragonFLY has also been associated with fatal outcomes. *Conclusions:* Addressing these issues is a priority, not only as case reports in the medical literature are increasing, but also because short and long-term risks of these substances are unknown.

Keywords: Bath salts, Drug abuse, Emerging drugs, Legal highs, Spice.

Resumen

Fundamentación: nuevas sustancias y nuevas formas de consumo emergen en el mercado de las drogas. Internet desempeña un papel esencial en la distribución fácil y anónima de éstas, así como en la cultura del consumo. Muchas de estas drogas escapan a la legislación, pues son novedosas o están originalmente destinadas a otros usos. *Objetivos:* obtener una visión global y actual sobre las drogas emergentes más relevantes, por su popularidad o su potencial peligro para la salud. *Metodología:* revisión bibliográfica de trabajos publicados en la literatura científica, sobre algunas de las drogas emergentes más populares o más peligrosas para la salud, así como de blogs y páginas web no indexadas científicamente. *Resultados:* los cannabinoides sintéticos son una de las drogas con más auge y suponen una alternativa legal al cannabis. Algunas sustancias de origen vegetal (kratom, estramonio, belladona) se consumen por su efecto psicotropo. La mefedrona es la droga que más muertes concita. El bromo-DragonFLY también se ha asociado a desenlaces fatales. *Conclusiones:* resulta prioritario atender estas cuestiones, puesto que es cada vez más frecuente el reporte de casos en la literatura médica, a la vez que son desconocidos los riesgos a medio y largo plazo.

Palabras clave: Abuso de sustancias, Drogas emergentes, Sales de baño, Spice.

Correspondencia: Helen Dolengevich Segal
Hospital del Henares
Avd. Marie Curie s/n
Planta 1º, Servicio de Psiquiatría
28822, Coslada (Madrid)

El consumo de drogas "clásicas" en nuestra sociedad es un hecho bien conocido que va dejando paso a nuevas formas de uso y nuevas sustancias. El término emergente hace alusión no sólo a sustancias de reciente aparición, pues algunas de ellas se utilizan desde tiempos ancestrales, sino también a nuevas formas de consumo y de distribución (Burillo-Putze et al., 2011). Así, podemos denominar drogas emergentes a un grupo heterogéneo de sustancias de efectos psicotropos y tóxicos no bien esclarecidos, de relativamente reciente aparición, utilizadas fundamentalmente por individuos jóvenes con fines lúdicos y en cuya expansión Internet ha desempeñado un papel esencial (Sumnall, Evans-Brown y McVeigh, 2011). En su informe de 2013, la Oficina para Drogas y Delitos de las Naciones Unidas considera dentro del concepto de nuevas sustancias psicoactivas a aquellas que, suponiendo una amenaza para la salud pública, no están reguladas bajo la Convención de Narcóticos de 1961 ni por la Convención de Sustancias Psicoactivas de 1971 (United Nations Office on Drugs And Crime, 2013). Estas sustancias son denominadas como "euforizantes legales" o legal highs, así como "productos químicos de investigación" o research chemicals, y se venden como "incienso místico", "limpiadores de pipas de agua", "sales de baño" o como "artículos de coleccionista" o "abono para plantas". Aunque se especifica en las etiquetas que no están destinadas al consumo humano, los compradores saben que son vendidas para ser esnifadas, fumadas o ingeridas . Además, existen a disposición del usuario inexperto multitud de páginas web, blogs, vídeos, , etc, en los que se detallan las formas más habituales de consumo, las posibilidades de combinación e incluso la receta para una síntesis casera (Lange, Daniel, Homer, Reed y Clapp, 2010; Cannabiscafe, n.d./2013; Legal Highs Blog, n.d./2013).

En la gran mayoría de los casos, y esta es una de las fuentes principales del riesgo, no se detalla la composición completa del producto, la presencia de otras sustancias psicoactivas, las dosificaciones "seguras" ni, por supuesto, los riesgos del consumo o sus posibles interacciones o contraindicaciones (Schmidt, Sharma, Schifano y Feinmann, 2011). Todo ello, junto con el hecho de que la velocidad con la que se expanden estas sustancias es mayor que la capacidad de la comunidad científica (y de los dispositivos legales para el control de la venta y la distribución) para conocer efectos y riesgos, contribuye a la dificultad para que puedan ser identificadas (Burillo-Putze, Climent, Medina y Toledo, 2010; García-Repetto y Soria, 2011).

En nuestro medio, desde 1994 el Plan Nacional sobre Drogas realiza con carácter bianual la Encuesta Estatal sobre el Consumo de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). En la última edición (2010) se ha introducido por primera vez un módulo específico para calibrar la repercusión de las drogas emergentes en el panorama del consumo general de drogas en adolescentes. A este respecto, como dato novedoso a nivel europeo en este tipo de encuestas, se destacan, como los nuevos psicotropos más consumidos, las "setas mágicas", el spice y la ketamina. Son estas tres sustancias las consideradas más fáciles de obtener, mientras que las más difíciles son el nexus (2-CB), la mefedrona y las piperazinas. La mitad de los encuestados en la mencionada ESTUDES desconocían los problemas de salud asociados al uso de estas drogas y la tercera parte de los que las consumían tampoco conocían dichos riesgos.

Los peligros asociados, tanto al consumo agudo como crónico, no son bien conocidos, aunque paulatinamente van apareciendo estudios epidemiológicos, investigaciones neuroquímicas y reportes de casos clínicos de cada una de estas sustancias emergentes, entre ellas, los cannabinoides sintéticos o las catinonas sintéticas (Prosser y Nelson, 2012; Rosenbaum, Babu y Carreiro, 2012). Algunas de ellas se han relacionado con fallecimientos (Gaire y Subedi, 2013; Sammler, Foley, Lauder, Wilson, Goudie y O'Riordan, 2010) y muchas con psicopatología duradera (Joksovic, Mellos, van Wattum y Chiles, 2012; Przekop y Lee, 2009).

En este trabajo revisamos los datos disponibles en relación al consumo de nuevas sustancias y de nuevos formatos de consumo, principalmente desde un punto de vista médico.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica para identificar estudios relacionados con el consumo de drogas emergentes. No se establecieron restricciones temporales, terminando la búsqueda el día 30 de noviembre del 2013. Las publicaciones se obtuvieron de

entre las referenciadas en MEDLINE utilizando su motor de búsqueda PubMed. La búsqueda se realizó usando los términos indexados en MeSH y sus combinaciones como palabras clave: legal highs/ emerging drugs/ drug abuse/bath salts/ spice. Se recuperaron un total de 259 trabajos, de los que se seleccionaron 61 artículos . Como criterios de selección se añadieron los artículos más recientes, así como los más significativos dentro de la temática.

También se incluyeron datos de informes realizados por organismos oficiales dedicados al estudio y control de drogas, como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA en sus siglas en inglés), La Oficina para Drogas y Delitos de las Naciones Unidas, el Plan Nacional sobre Drogas, entre otros. Asimismo, se obtuvo información de páginas web especializadas en información de sustancias psicoactivas como The Vaults of Erowid (2009), Psychonaut Web Mapping Project (2010), National Institute on Drug Abuse (NIDA por sus siglas en inglés, n. d) y Energy Control (1997), así como de diversos blogs y foros de discusión de usuarios (Cannabiscafe, n. d., Legal Highs Blog, n.d).

RESULTADOS

Son muchas y muy dispares las drogas psicoactivas que se pueden obtener a través de Internet. Los datos básicos de las drogas emergentes más significativas y algunas clásicas, como referencia, se detallan en la Tabla 1.

Los cannabinoides sintéticos (JWH-018, CP-47,497, CP-47,497-C8 y HU-210) constituyen uno de los grupos de drogas emergentes con más auge y desde el año 2004 suponen una alternativa legal al cannabis. Con el nombre colectivo de spice, se presentan bajo forma de una sustancia base más o menos inocua, muchas veces de origen vegetal (hierbas) que el fabricante ha impregnado con el cannabinoide sintético (Spaderna, Addy y D'Souza, 2013). En Internet también se puede encontrar como "incienso místico", "potpurrí para meditación", "ambientadores"... Al publicitarse como hierbas naturales, se pretende minimizar la sensación de peligro. No obstante, el JWH-018 es un agonista total y potente de receptor cannabinoide CB-1, mientras que el THC es sólo un agonista parcial, lo que lo hace 4 veces más afín al receptor CB-1 y 10 veces más afín al receptor CB-2. Su precio oscila entre 9 y 12 euros el gramo, lo que la hace una droga muy económica. Entre sus efectos, destacan la sensación de empatía y bienestar, náuseas, ansiedad, agitación, ataques de pánico, taquicardia, ideación paranoide, alucinaciones (Tung, Chiang y Lam, 2012). Hay descrito algún caso de psicosis tóxica esquizofreniforme (Müller et al., 2010) y en foros de usuarios se habla de síntomas psicóticos transitorios; sin embargo, recientemente se ha reportado la influencia de esta sustancia en síntomas psicóticos mantenidos (Durand, Delgado, de la Parra-Pellot y Nichols-Vinuezal., 2013; Papanti et al., 2013).

La Salvia divinorum es una planta herbácea, originaria de México, que tiene como sustancia activa la salvinorina A, un agonista de los receptores opioides kappa, que actúa como psicoticomimético, sin producir depresión respiratoria. Los reportes sobre la toxicidad no se conocen, el efecto es de corta duración y no produce dependencia, lo que podría hacer pensar que se trata de una sustancia relativamente segura (Schnakenberg et al., 2012). Por estos motivos, es legal en muchos países. No obstante, aunque anecdótico, hay algún caso descrito de psicosis permanente (Przekop y Lee, 2009). Entre sus efectos, destaca el aumento de introspección, los pensamientos extraños, la sensación de presión corporal y de irrealidad, confusión en los sentidos, alucinaciones y angustia. En algunas páginas web se pueden encontrar recomendaciones al respecto de su consumo y las combinaciones posibles (Lange et al., 2010); por ejemplo, la salvia potencia los efectos del LSD, ejerce una acción sinérgica con el MDMA y la harmina, un alcaloide presente en una gran variedad de plantas con efecto inhibidor de la monoaminooxidasa A, potencia los efectos psicotropos de la salvia.

El kratom es una de las sustancias con una mayor expansión en Europa en los últimos años, de acuerdo con los datos del EMCDDA (2012). Se trata de un preparado herbáceo a base de Mytragina speciosa, una planta originaria del sudeste asiático y cuyos principales alcaloides, mitraginina y 7-hidroximitraginina, actúan principalmente como agonistas mu-opiáceos (Babu, McCurdy y Boyer, 2008). Hasta hace poco prácticamente desconocido en Occidente, en los últimos años se ha popularizado su venta por Internet como alternativa "natural" a los opiáceos.

Tabla 1. Sustancias psicoactivas según mecanismo de acción predominante y familia química

Sustancias simpaticomiméticas /anfetamina-like (Efecto dopaminérgico, noradrenérgico y serotoninérgico)	FENILETILAMINAS Y DERIVADOS	"Estimulantes" (predomina efecto dopaminérgico) Anfetaminas Dextroanfetamina, Metanfetamina, 5-IT Catinonas Catinona, Metcatinona, Mefedrona, 4-MEC ("NRG-2"), Flefedrona Feniletilpirrolidinas a-PPP, MDPV ("Ivory Wave"), Nafirona "Entactógenos" Anfetaminas 5-APB, 6-APB ("benzofury"), MDA, MDEA, MDMA Catinonas: Metilona, Etilona "Psicodélicos" (predomina agonismo 5-HT2) Fenetilaminas *Naturales: Mescalina (peyote) *Sintéticas: 2C-B ("nexus"), 2C-I, 2C-B-FLY, 2C-D, 2C-T-4… Anfetaminas Bromo-DragonFLY, DOI, DOM
	PIPERAZINAS	BZP, mCPP, TFMPP, MeOPP
	AMINOINDANOS	5-IAI, MDAI, MMAI
Sustancias predominantemente serotoninérgicas ("psicodélicos")	TRIPTAMINAS	*Naturales: DMT, 5-MeO-DMT, Psilocibina, Ibogaína *Sintéticas: αMT, DALT, 5-MeO-DALT, DiPT, 4-HO-MET
	LISERGAMIDAS	LSD y derivados
Sustancias antagonistas NMDA-R ("disociativos")	ARILCICLO HEXILAMINAS	Fenciclidina, 3-MeO-PCP, 4-MeO-PCP, Ketamina, Metoxetamina
Sustancias antagonistas mAChR ("delirógenos")	AINEs	Benzidamina ("tantum rosa", "tantum verde")
	ALCALOIDES TROPANOS	*Químicos: Atropina, Escopolamina, Hiosciamina *Vegetales: Solanaceae ("burundanga") Estramonio, Mandrágora, Belladona, Brugmansia
Sustancias agonistas cannabinoides	*Fitocannabinoides: THC, cannabinol *Sintéticos: JWH-018, JWH-200, JWH-073, CP-47,497, CP-55,244, HU-210	
Sustancias agonistas opioides	AGONISTAS μ-OPIOIDES	Derivados de Mytragina speciosa: Kratom, Krypton
	AGONISTAS κ-OPIOIDES	Salvia divinorum (salvinorina A)
Sustancias agonistas GABAérgicas	AGONISTAS GABAA	Amanita muscaria (muscimol)
	AGONISTAS GABAB	GHB, GBL

Su actividad psicoactiva es dosis dependiente, pues a dosis bajas tiene efecto estimulante, parecido a la cocaína, mientras que, a dosis altas, presenta efectos sedantes, tipo opioide (Burillo-Putze et al., 2013). Hay datos de la similitud del kratom con los opiáceos más clásicos, hasta el punto de que generan tolerancia cruzada y de que la interrupción brusca de la administración de kratom en dependientes al mismo da lugar a un cuadro clínico similar al síndrome de abstinencia a opiáceos. Así, hay indicios de que pacientes con dolor crónico, que abusan de opiáceos, utilizan kratom para paliar los síntomas de abstinencia a los mórficos (Boyer, Babu y Macalino, 2007). En los últimos años, se han descrito varios casos de intoxicaciones severas por kratom, alguna con desenlace fatal (Neerman, Frost y Deking, 2013). La mezcla de kratom con otro agonista mu-opioide, el O-desmetiltramadol, que se comercializa bajo el nombre de krypton, parece especialmente peligrosa en intoxicación (Kronstrand, Roman, Thelander y Eriksson, 2011).

La mefedrona es una catinona sintética, relacionada químicamente con las sustancias psicoactivas presentes en el khat, extracto natural de la planta Catha edulis, y consumido tradicionalmente en el Cuerno de África (Kalix y Braenden, 1985; Burillo-Putze, Domínguez-Rodríguez y Nogué, 2012). Existen pocos estudios al respecto, excepto aquellos que han ido apareciendo al albur de las intoxicaciones y los casos de muerte (Sammler et al., 2010; Wood, Greene y Dargan, 2011). La mayor información se obtiene de la red, a través del relato de las experiencias de los usuarios. Entre los efectos, destacan los de hiperactivación adrenérgica, como sudoración, taquicardia, hipertensión, insomnio o ansiedad, así como bruxismo, náuseas y vómitos. A nivel psicotropo, los usuarios describen un efecto entactógeno, similar al del MDMA, y un efecto estimulante, como el de la cocaína (McElrath y O'Neill, 2011). Hay descritos numerosos casos de muerte asociados al consumo de esta sustancia, así como intoxicaciones graves, lo que conllevó su prohibición en España en el año 2011 (Boletín Oficial del Estado, 2011). Algunos autores hipotetizan sobre la capacidad de estas sustancias para provocar una respuesta inflamatoria neuronal que justificaría su toxicidad también a largo plazo (Blum et al., 2013). Existen casos publicados que describen psicosis inducidas que han requerido hospitalización y tratamiento, tanto de forma aguda como tras un consumo cronificado (Joksovic et al., 2012; Mullen, Bajaj y Wylie, 2010; Thornton, Gerona y Tomaszewski, 2012; Urban, Rudecki, Wroblewski, y Rabe-Jablonska, 2011). En Internet ha sido publicitado como "abono para plantas", "sales de baño", "multivitamínico" y su consumo, disparado en los últimos años hasta su prohibición, no ha parecido verse influido por el hecho de que constara la advertencia de que no es apto para el consumo humano. De hecho, los reportes de los centros toxicológicos en EEUU por "sales de baño" se han incrementado dramáticamente de 303 en el año 2010 a 4720 en agosto de 2011 (Jerry, Collins y Streem, 2012). Con todo, hay datos de que en este último país, y a diferencia de Europa, en la que la mefedrona es preponderante, los compuestos denominados por el genérico "sales de baño" contenían más frecuentemente 3,4-metilendioxipirovalerona, también conocida como MDPV, Ivory Wave o Vanilla Sky (Baumann et al., 2013). Esta sustancia, de efecto clínico similar a la mefedrona, actúa sin embargo sinérgicamente cuando ambas se dan en combinación (Cameron, Kolanos, Solis, Glennon y De Felice, 2012), lo cual no es excepcional si atendemos a los datos disponibles de análisis de "sales de baño", en las que además se pueden encontrar otras catinonas sintéticas (butilona, metilona), complicando aún más si cabe el panorama (Marinetti y Antonides, 2013).

El estramonio o Datura stramonium es una planta de la familia de las solanáceas con un tradicional uso chamánico en culturas milenarias. Como sustancias psicoactivas, contiene diversos alcaloides tropanos tales como atropina, escopolamina o hiosciamina. Su toxicidad es de naturaleza anticolinérgica: visión borrosa, enrojecimiento cutáneo, dilatación pupilar, hipertermia, hipertensión, taquicardia, sequedad de mucosas, íleo paralítico, así como una muy alta letalidad en intoxicación (Gaire y Subedi, 2013). A nivel psicoactivo, provoca delirium con importante desorientación, así como alucinaciones realistas muy intensas y duraderas con pérdida absoluta del contacto con la realidad. Aunque los efectos están bien documentados desde hace muchos años (Gowdy, 1972), cabe esperar que con la accesibilidad que permite Internet, se dispare su uso recreativo y, así, la aparición de síntomas asociados a un consumo crónico.

La metoxetamina es un N-metil análogo de la ketamina que fue identificada por vez primera por el EMCDDA en el año 2010, ganando rápidamente

popularidad en tiendas en la red como sustituto "legal" a la ketamina, sustancia fiscalizada desde hace tiempo (Corazza, Assi y Schifano, 2013). Aunque es llamativa la escasez de datos disponibles hasta la fecha en relación a sus efectos clínicos, parece que estos encuadran a la metoxetamina entre los anestésicos disociativos, como era de esperar al tratarse de un antagonista NMDA. Los informes de usuarios a través de Internet recogen experiencias similares a las del uso de ketamina, actuando como euforizante a dosis bajas y como psicodélico a dosis más altas, siendo destacadas las alteraciones sensoperceptivas y las vivencias trascendentales de disolución del yo (Kjellgren y Jonsson, 2013). Entre los efectos adversos más frecuentemente descritos se encuentran la angustia y las reacciones paranoides así como síntomas gastrointestinales como diarrea o vómitos. La intoxicación parece ser más duradera que la producida por ketamina. Poco a poco, están surgiendo informes forenses de cuadros graves e incluso mortales secundarios al consumo de metoxetamina (Wikström, Thelander, Dahlgren y Kronstrand, 2013).

Las piperazinas son un grupo de sustancias con acción estimulante del sistema nervioso central, a través del aumento de disponibilidad de serotonina, noradrenalina y dopamina neuronales. Se encuentran en el mercado con nombres como herbal highs, legal X, herbal ecstasy o party pills (Carmo, Bastos y Arbo, 2012). Los consumidores buscan efectos euforizantes, similares a los del MDMA, y su toxicidad es superponible a la de un síndrome simpaticomimético con sudoración, taquicardia, hipertensión, náuseas y cefalea. Aunque la más conocida (y la primera en ser regulada internacionalmente) es la 1-benzilpiperazina (BZP), otros derivados piperazínicos como TFMPP o mCPP se han comercializado durante los últimos años en Internet. A día de hoy, no hay datos consistentes sobre el perfil diferencial de cada una de ellas, aunque parece que BZP podría ser más estimulante que otros derivados (Lin, Jan, Kydd y Russell, 2011). Tampoco hay información sólida sobre los efectos del consumo a largo plazo de estas sustancias, pero se han descrito episodios de síntomas psicóticos con el consumo de las mismas (Austin y Monasterio, 2004).

El bromo-DragonFLY es un benzodifurano englobado en la familia de las fenetilaminas y que actúa como potente agonista serotoninérgico. Dada su alta potencia, similar a la del LSD, se vende en forma de sellos o secantes. Tiene una actividad alucinógena muy potente y muy duradera (de entre 24 a 72 horas), así como una gran capacidad tóxica que se ha visto acrecentada por varios casos de etiquetado como sustancia menos potente (Corazza et al., 2011). Además, el retraso en su inicio de acción, dependiente del contenido gástrico, lo hace todavía más proclive a provocar sobredosis. Se han descrito casos de isquemia y necrosis de partes acras así como de convulsiones y fallecimientos asociados al consumo de bromo-DragonFLY (Andreasen, Telving, Birkler, Schumacher y Johannsen, 2009; Wood et al., 2009).

La gran variedad dentro de la familia química de las fenetilaminas ha permitido que sustancias conocidas desde hace años como drogas de abuso, resurjan en los últimos años amparadas en cierta medida por el uso de Internet. Este es el caso de 2C-B (nexus) o su análogo 2C-I, sustancias que hasta su prohibición, durante los años 90, se comercializaron libremente en smartshops (De Boer y Bosman, 2004), y cuyo consumo ha resurgido en nuestro medio en los últimos años (Caudevilla-Gállego et al., 2012). Su acción, predominantemente serotoninérgica, les confiere un efecto empatógeno y moderadamente psicodélico, con distorsiones sensoperceptivas. Así mismo, otra fenetilamina entactógena, 6-APB o benzofury, todavía con estatus alegal en muchos países europeos, viene promoviéndose agresivamente como research chemical en tiendas online en los últimos tiempos, probablemente como alternativa a otras sustancias recientemente fiscalizadas (Jebadurai, Schifano y Deluca, 2013). En una situación similar se encuentra el 5-IT, un indol de efecto psicoestimulante que se ha detectado en varias intoxicaciones con desenlace fatal (Seetohul y Pounder, 2013), y que hasta muy recientemente no había sido propuesto por la Unión Europea para su control legal (European Commission, 2013). En la misma línea, la familia de los aminoindanos, entre los que se encuentran el 5-IAI o el MDAI (sparkle, mindy), también ha experimentado un importante auge comercial en Internet en los últimos años, de acuerdo con los datos del EMCDDA (2012). Parece que actúan aumentando la disponibilidad de monoaminas con un efecto similar al MDMA, aunque los datos disponibles hasta la fecha son muy escasos (Sainsbury, Kicman, Archer, King y Braithwaite, 2011).

Las triptaminas son alcaloides presentes muy extensamente en la naturaleza tanto en el reino vegetal, como en hongos y en animales, incluyendo los mamíferos. Como grupo, tienen una acción serotoninérgica, como agonistas directos y como inhibidores de la recaptación de serotonina. Como sustancias activas de la ayahuasca (DMT), o de los hongos del género Psilocybe (psilocibina), han sido usadas durante milenios por culturas chamánicas con fines trascendentales y curativos. Aunque este uso ha persistido hasta la época actual, en los últimos años se ha ido observando la aparición de un nuevo perfil de consumidores de triptaminas, mucho más jóvenes y en general, menos informados (Sanders, Lankenau, Bloom y Hathazi, 2008). Apuntando a este grupo de consumidores, recientemente han surgido informes de detección de triptaminas sintéticas como 5-MeO-DALT (Durkin, Elliott, Ghodse, Schifano y Corkery, 2012), αMT o 4-HO-MET (Täljemark y Johansson, 2012). Se comercializan en Internet como research chemicals y su efecto es fundamentalmente alucinógeno, pudiendo ocasionar así mismo discretos síntomas adrenérgicos (Cakic, Potkonyak y Marshall, 2010).

DISCUSIÓN

Aunque las autoridades sanitarias han comenzado a reaccionar en los últimos años, la mayor parte de estas drogas son todavía legales al no estar incluidas en los convenios de sustancias psicoactivas o estupefacientes internacionales. De hecho, hemos visto que en la definición propuesta por las Naciones Unidas para las nuevas sustancias psicoactivas, se subraya el hecho de no estar clasificadas o reguladas a pesar de ser consideradas una amenaza para la salud pública (United Nations Office on Drugs And Crime, 2013). En el ámbito de la Unión Europea, existe un sistema de alerta temprana, consistente en un mecanismo de información fluido y rápido entre los países miembros para detectar nuevas sustancias psicotropas que puedan representar un peligro para la salud pública y que no estén referidas en los listados de estupefacientes. El sistema ofrece la posibilidad de realizar estimaciones de riesgo en las que sustentar decisiones políticas para el control de estos productos (García-Repetto y Soria, 2011). A través de éste sistema, se han llegado a notificar formalmente 164 sustancias psicotrópicas desde el 2005 hasta el 2011 (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2012).

En el 2009 el EMCDDA aconsejó la prohibición de piperazinas y cannabinoides sintéticos. Así, en 2010 el Consejo de Europa decretó medidas de control sobre la mefedrona, debido a sus propiedades estimulantes, los presumibles riesgos para la salud de su consumo, su capacidad para generar dependencia y la ausencia de usos terapéuticos reconocibles. Es precisamente la mefedrona la sustancia que más muertes concita, y en este sentido, tras el fallecimiento de dos adolescentes en el Reino Unido tras su consumo (Gibbons y Zloh, 2010), el Gobierno Británico tomó la determinación de incluirla en la lista de sustancias controladas. España se unió a esta norma, como hemos visto, un año después (Boletín Oficial del Estado, 2011).

No obstante, los problemas que se asocian a estas sustancias son múltiples: por una parte, y en primer término, el hecho de que muchas de ellas son legales. Es precisamente en este punto en el que Internet ofrece un campo abonado para una distribución sin escollos. Además, la rápida conversión de las sustancias en el mercado hace casi imposible un seguimiento jurídico-legal que las regularice. Por ejemplo, tras la prohibición de la mefedrona, se ha empezado a comercializar una alternativa lícita, la nafirona o NRG-1, que actúa inhibiendo la recaptación de monoaminas y, por tanto, con efecto estimulante (De Paoli, Maskell y Pounder, 2011); de forma análoga, la metoxetamina, ha venido a cubrir el espacio legal dejado por la ketamina (Corazza et al., 2013). Por otra parte, y derivado en cierta medida de lo anterior, no están destinadas al consumo humano, lo que las convierte en productos de toxicidad incierta, entre lo inocuo y lo letal. En nuestro medio, como hemos señalado más arriba, la ESTUDES del Plan Nacional sobre Drogas (2010), subraya tanto el auge de estos tóxicos entre las preferencias de los más jóvenes consumidores como el desconocimiento por parte de los mismos de los peligros asociados al consumo.

Con todo, el número de casos de muerte reportados como relacionados con el uso de estas sustancias es escaso. Esto podría deberse también al hecho de que se desconocen los efectos e incluso la existencia de estas drogas, también por parte de algunas autoridades sanitarias y legales. En los últimos años, ha ido mejorando la formación médica y forense al respecto,

así como la información disponible sobre ellas, a la vez que, aunque de manera desproporcionada, ha crecido también la difusión de su consumo. En este sentido se explica que, desde 2007 que se publicó el primer caso de intoxicación clínica por piperazinas en Reino Unido (Wood et al., 2007), los casos vayan apareciendo en los registros de literatura médica cada vez con más frecuencia. De hecho, se han notificado en la presente década casos de muerte relacionadas con el consumo de nuevas drogas, como el 5-IT, (Seetohul, Maskell, De Paoli y Pounder, 2012), la metoxetamina, (Wikström et al., 2013), el kratom (Neerman et al., 2013) o el bromo-DragonFLY, (Corazza et al., 2011), así como datos clínicos, diagnósticos y epidemiológicos de diferentes sustancias emergentes, tanto naturales con usos novedosos como sintéticas (Gaire y Subedi, 2013; Prosser y Nelson, 2012).

No sólo son importantes los casos de muerte, pues también cabe subrayar la ingente capacidad de estas sustancias para originar o estar implicadas en psicopatología grave y duradera, como psicosis y otros trastornos psiquiátricos. Así, hemos podido ver la asociación de los cannabinoides sintéticos con síntomas psicóticos mantenidos (Durand et al., 2013; Gunderson, Haughey, Ait-Daoud, Joshi y Hart, 2012; Van der Veer y Friday, 2011), la relación del kratom con un trastorno de dependencia similar al que producen los opiáceos (Boyer et al., 2007; Neerman et al., 2013) o la implicación de mefedrona en cuadros psicóticos que incluso requirieron hospitalización (Urban et al., 2011), entre otros ejemplos.

A pesar de la relevancia del tema, no parece existir un conocimiento proporcional en la comunidad científica, aunque los profesionales preocupados tienen también en Internet una fuente de acceso a la información. En este sentido, existen diferentes programas encaminados a la detección de páginas dedicadas a la venta y distribución de estas drogas emergentes, así como vídeos relacionados o blogs que instruyen en el consumo. Algunos de estos proyectos son el Psychonaut Web Mapping Project (2010) o el Recreational Drugs European Network (ReDNet por sus siglas en inglés, 2009). El primero cuenta con 8 centros de investigación diferentes en 7 países de la Unión Europea para la detección y clasificación de las nuevas sustancias psicoactivas, prestando una especial atención al lenguaje coloquial utilizado por los consumidores para cada droga en diferentes idiomas. El segundo, denominado ReDNet (2009), es también un proyecto multicéntrico cuyo principal objetivo es la información dirigida tanto a personas jóvenes como a profesionales de la salud.

Paralelamente, han surgido portales en Internet basados en la filosofía de "reducción de daños" que, evitando censurar al consumidor, intentan actuar como punto de encuentro interactivo entre usuarios y expertos, ofreciendo información exhaustiva sobre drogas con el fin de facilitar el consumo responsable. En esta línea, en el Reino Unido funciona desde 2003 la iniciativa FRANK (2011) financiada por las autoridades sanitarias. En España, Energy Control (1997), proyecto de la ONG Asociación Bienestar y Desarrollo, lleva años con una fuerte presencia tanto a pie de calle (en raves u otros eventos en los que el consumo de drogas es habitual) como en Internet, ofreciendo información actualizada a consumidores. En Estados Unidos, el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas creó una página web dirigida a los jóvenes con información sobre todo tipo de drogas, incluyendo las emergentes NIDA for teens (2003).

Por último, cabe mencionar el papel destacado de la compra-venta de sustancias a través de parcelas de Internet inaccesibles por motores de búsqueda habituales. Es lo que ha venido llamándose "web profunda" o Deep Web y del que incluso se han hecho eco medios de información general de forma más o menos sensacionalista (Palmer, 2012). En estas páginas de Internet, los usuarios protegen su identidad mediante el uso de conexiones anónimas por proxys y el encriptado de mensajes, lo que ha permitido el surgimiento de sitios especializados en la venta por correo tanto de sustancias emergentes como de drogas ilegales más clásicas, como opiáceos o cocaína. Los usuarios que adquieren drogas por esta vía destacan la seguridad que les ofrece el anonimato, así como la mayor variedad y calidad de sustancias disponibles (Van Hout y Bingham, 2013).

Nos encontramos con un panorama novedoso y con escasos datos empíricos. Esto evidencia el desconocimiento sobre las sustancias emergentes que se están consumiendo y los problemas médicos asociados, por lo que como líneas de investigación futuras, habría que ahondar en estos aspectos.

En conclusión, existen nuevos retos que abordar a la hora de pensar en el consumo de drogas y sus consecuencias. Formas hasta ahora desconocidas en el acceso, la venta y la distribución de tóxicos ponen en cuestión los métodos de vigilancia y prevención actuales. Nuevas sustancias aparecen con insólita rapidez, lo que dificulta tanto el estudio científico de los riesgos para la salud y sus posibles consecuencias como la adaptación de las instancias legales para su regularización. El anonimato relativo, la sencillez para la obtención, lo asequible del precio y la ausencia de un marco legal expanden y popularizan estas drogas emergentes. Lamentablemente, los profesionales de la salud, en su gran mayoría, desconocen estas sustancias, los síntomas propios de su intoxicación y los riesgos presumibles, lo que entorpece la detección y el abordaje adecuado del problema. Sólo de manera reciente aparecen publicaciones de casos de intoxicaciones relacionadas con estos productos en las bases de literatura médica, lo que es indicativo de un interés y una preocupación social al respecto, aún incipiente.

REFERENCIAS

Andreasen, M. F., Telving, R., Birkler, R. I. D., Schumacher, B. y Johannsen, M. (2009). A fatal poisoning involving Bromo-Dragonfly. Forensic science international, 183(1-3):91-6. doi:10.1016/j.forsciint.2008.11.001.

Austin, H. y Monasterio, E. (2004). Acute psychosis following ingestion of "Rapture". Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 12(4), 406–408.

Babu, K. M., McCurdy, C. R. y Boyer, E. W. (2008). Opioid receptors and legal highs: Salvia divinorum and Kratom. Clinical toxicology (Philadelphia, Pa.), 46(2), 146–152. doi:10.1080/15563650701241795.

Baumann, M. H., Partilla, J. S., Lehner, K. R., Thorndike, E. B., Hoffman, A. F., Holy, M.,... Schindler, C. W. (2013). Powerful Cocaine-Like Actions of 3, 4-Methylenedioxypyrovalerone (MDPV), a Principal Constituent of Psychoactive "Bath Salts" Products. Neuropsychopharmacology, 38(4):552-62. doi:10.1038/npp.2012.204.

Blum, K., Foster-Olive, M., Wang, K. K. W., Febo, M., Borsten, J., Giordano, J.,... Gold, M. S. (2013). Hypothesizing that designer drugs containing cathinones ("bath salts") have profound neuro-inflammatory effects and dangerous neurotoxic response following human consumption. Medical hypotheses, 81(3), 450–5. doi:10.1016/j.mehy.2013.06.007.

Boletín Oficial del Estado (2011). Orden SPI/201/2011, de 3 de febrero, por la que se incluye la sustancia 4-metilmetcatinona (Mefedrona) en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977. Madrid: Ministerio de la Presidencia. Recuperado de http://www.boe.es

Boyer, E. W., Babu, K. M. y Macalino, G. E. (2007). Self-treatment of opioid withdrawal with a dietary supplement, Kratom. The american journal on addictions, 16(5):352-6.

Burillo-Putze, G., Climent, B., Echarte J. L., Munné P., Miró, O., Puiguriguer, J. y Dargan, P. (2011). Emergent drugs (I): smart drugs. Anales del sistema sanitario de Navarra, 34(2):263-74.

Burillo-Putze, G., Climent, B., Medina, L. y Toledo, A. (2010). Las smart-drugs: un reto clínico en urgencias y emergencias. Emergencias, 22: 472-480.

Burillo-Putze, G., Domínguez-Rodríguez, A. y Nogué-Xarau, S. (2012). Letter by Burillo-Putze et al regarding article, "acute coronary syndrome and khat herbal amphetamine use: an observational report". Circulation, 126(6):e84. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.091066.

Burillo-Putze, G., López, E., Climent, B., Munné, P., Nogué, S., Pinillos, M.A. y Hoffman, R.S. (2013). Emergent Drugs (III): hallucinogenic plants and mushrooms. Anales del sistema sanitario de Navarra, 36(3): 508-518.

Cakic, V., Potkonyak, J. y Marshall, A. (2010). Dimethyltryptamine (DMT): subjective effects and patterns of use among Australian recreational users. Drug and alcohol dependence, 111(1-2), 30–37. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.03.015.

Cameron, K. N., Kolanos, R., Solis, E., Glennon, R. y De Felice, L. J. (2012). Bath salts components mephedrone and methylenedioxypyrovalerone (MDPV) act synergistically at the human dopamine transporter. British journal of pharmacology, 168(7):1750-7. doi:10.1111/bph.12061.

Cannabiscafe (n. d). Recuperado de http://cannabiscafe.net/

Carmo, H. F., Bastos, M. L. y Arbo, M. D. (2012). Piperazine compounds as drugs of abuse. Drug and Alcohol Dependence, 122(3):174-85. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.10.007.

Caudevilla-Gállego, F., Riba, J., Ventura, M., González, D., Farré, M., Barbanoj, M. J. y Bouso, J. C. (2012). 4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B): presence in the recreational drug market in Spain, pattern of use and subjective effects. Journal of psychopharmacology (Oxford, England), 26(7):1026-35. doi 10.1177/0269881111431752.

Corazza, O., Assi, S. y Schifano, F. (2013). From "Special K" to "Special M": the evolution of the recreational use of ketamine and methoxetamine. CNS neurosciences and therapeutics, 19(6):454-60. doi: 10.1111/cns.12063.

Corazza, O., Schifano, F., Farre, M., Deluca, P., Davey, Z., Torrens, M.,... Scherbaum, N. (2011). Designer drugs on the internet: a phenomenon out-of-control? The emergence of hallucinogenic drug Bromo-Dragonfly. Current clinical pharmacology, 6(2), 125–129. doi:10.2174/157488411796151129.

De Boer, D. y Bosman, I. (2004). A new trend in drugs-of-abuse; the 2C-series of phenethylamine designer drugs. Pharmacy world & science: 26(2), 110–113.

De Paoli, G., Maskell, P. D. y Pounder, D. J. (2011). Naphyrone: analytical profile of the new "legal high" substitute for mephedrone. Journal of forensic and legal medicine, 18(2), 93. doi: 10.1016/j.jflm.2010.12.001.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

Durand, D., Delgado, L. L., de la Parra-Pellot, D. M. y Nichols-Vinueza, D. (2013). Psychosis and Severe Rhabdomyolysis Associated with Synthetic Cannabinoid Use. Clinical schizophrenia and related psychoses, 21: 1-13.

Durkin, E., Elliott, S., Ghodse, A. H., Schifano, F. y Corkery, J. M. (2012). The recreational tryptamine 5-MeO-DALT (N, N-diallyl-5-methoxytryptamine): A brief review. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 39(2):259-62. doi:10.1016/j.pnpbp.2012.05.022.

Energy Control (1997). Recuperado de http://energycontrol.org/

European Commission (2013). Proposal for a council decision on subjecting 5-(2-aminopropyl) indole to control measures. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de http://eur-lex.europa.eu.

Frank (2011). Recuperado de http://www.talktofrank.com/

Gaire, B. P. y Subedi, L. (2013). A review on the pharmacological and toxicological aspects of Datura stramonium L. Journal of Chinese Integrative Medicine, 11(2), 73–79. doi:10.3736/jintegrmed2013016.

García-Repetto, R. y Soria, M. L. (2011). Drogas emergentes: una perspectiva medicolegal. Revista española de medicina legal, 37(2), 76-82.

Gibbons, S. y Zloh, M. (2010). An analysis of the 'legal high' mephedrone. Bioorganic and medicinal chemistry letters, 20(14):4135-9. doi: 10.1016/j.bmcl.2010.05.065.

Gowdy, J. M. (1972). Stramonium intoxication: review of symptomatology in 212 cases. Journal of the american medical association, 221(6):585-7.

Gunderson, E. W., Haughey, H. M., Ait-Daoud, N., Joshi, A. S. y Hart, C. L. (2012). "Spice" and "K2" herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. The American journal on addictions, 21(4), 320–6. doi:10.1111/j.1521-0391.2012.00240.x.

Jebadurai, J., Schifano, F. y Deluca, P. (2013). Recreational use of 1-(2-naphthyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone hydrochloride (NRG-1), 6-(2-aminopropyl) benzofuran (Benzofury/ 6-APB) and NRG-2 with review of available evidence-based literature. Human psychopharmacology, 28(4):356-64. doi: 10.1002/hup.2302.

Jerry, J., Collins, G. y Streem, D. (2012). Synthetic legal intoxicating drugs: The emerging "incense" and "bath salt" phenomenon. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 79(4):258-64. doi:10.3949/ccjm.79a.11147.

Joksovic, P., Mellos, N., van Wattum, P. J. y Chiles, C. (2012). "Bath salts" induced psychosis and serotonin toxicity. Journal of clinical psychiatry, 73(8):1125.

doi: 10.4088/JCP.12cr07819.

Kalix, P. y Braenden, O. (1985). Pharmacological aspects of the chewing of khat leaves. Pharmacological reviews, 37(2), 149–164.

Kjellgren, A. y Jonsson, K. (2013). Methoxetamine (MXE), a phenomenological study of experiences induced by a "legal high" from the internet. Journal of Psychoactive Drugs, 45(3):276-86.

Kronstrand, R., Roman, M., Thelander, G. y Eriksson, A. (2011). Unintentional fatal intoxications with mitragynine and O-desmethyltramadol from the herbal blend Krypton. Journal of analytical toxicology, 35(4), 242–247.

Lange, J. E., Daniel, J., Homer, K., Reed, M. B. y Clapp, J. D. (2010). Salvia divinorum: effects and use among YouTube users. Drug and alcohol dependence, 108(1-2), 138–140. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.010.

Legal Highs Blog (n. d). Recuperado de http://legalhighsblog.net/

Lin, J. C., Jan, R. K., Kydd, R. R. y Russell, B. R. (2011). Subjective effects in humans following administration of party pill drugs BZP and TFMPP alone and in combination. Drug Test Anal, 3(9), 582–5. doi:10.1002/dta.285.

Marinetti, L. J. y Antonides, H. M. (2013). Analysis of synthetic cathinones commonly found in bath salts in human performance and postmortem toxicology: method development, drug distribution and interpretation of results. Journal of analytical toxicology, 37(3), 135–46. doi:10.1093/jat/bks136.

McElrath, K. y O'Neill, C. (2011). Experiences with mephedrone pre- and post-legislative controls: perceptions of safety and sources of supply. The International journal on drug policy, 22(2), 120–127. doi:10.1016/j.drugpo.2010.11.001.

Mullen, D., Bajaj, N. y Wylie, S. (2010). Dependence and psychosis with 4-methylmethcathinone (mephedrone) use. BMJ Case Reports. doi:10.1136/bcr.02.2010.2780.

Müller, H., Sperling, W., Köhrmann, M., Huttner, H. B., Kornhuber, J. y Maler, J. M. (2010). The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes. Schizophrenia research, 118(1-3):309-10. doi: 10.1016/j.schres.2009.12.001.

National Institute on Drug Abuse (n. d). Recuperado de http://www.drugabuse.gov/

Neerman, M. F., Frost, R. E. y Deking, J. (2013). A drug fatality involving Kratom. Journal of forensic sciences, 1(Supl. 2):78-9. Doi: 10.1111/1556-4029.12009.

NIDA for teens (2003). Recuperado de http://teens.drugabuse.gov/

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). El problema de la dependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu.

Palmer, A. (2012). Deep web: Drugs, guns, assassins, jet planes all for sale on vast anonymous network. Mirror. Recuperado de http://www.mirror.co.uk.

Papanti, D., Schifano, F., Botteon, G., Bertossi, F., Mannix, J., Vidoni, D.,... Bonavigo, T. (2013). "Spiceophrenia": a systematic overview of "Spice"-related psychopathological issues and a case report. Human psychopharmacology, 28(4), 379–89. doi:10.1002/hup.2312.

Prosser, J. M. y Nelson, L. S. (2012). The Toxicology of Bath Salts: A Review of Synthetic Cathinones. Journal of Medical Toxicology. doi:10.1007/s13181-011-0193-z.

Przekop, P. y Lee, T. (2009). Persistent psychosis associated with salvia divinorum use. The american journal of psychiatry, 166(7):832. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121759.

Psychonaut Web Mapping Project (2010). Recuperado de http://www.psychonautproject.eu/

Recreational Drugs European Network (2009). Recuperado de http://www.rednetproject.eu/

Rosenbaum, C. D., Babu, K. M. y Carreiro, S. P. (2012). Here Today, Gone Tomorrow...and Back Again? A Review of Herbal Marijuana Alternatives (K2, Spice), Synthetic Cathinones (Bath Salts), Kratom, Salvia divinorum, Methoxetamine and Piperazines. Journal of Medical Toxicology. doi:10.1007/s13181-011-0202-2.

Sainsbury, P. D., Kicman, A. T., Archer, R. P., King, L. A. y Braithwaite, R. A. (2011). Aminoindanes – the next wave of 'legal highs'? Drug testing and analysis, 3(7-8):479-82. doi: 10.1002/dta.318.

Sammler, E. M., Foley, P. L., Lauder, G. D., Wilson, S. J., Goudie, A. R. y O'Riordan, J. L. (2010). A harmless high? Lancet, 376(9742):742. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60891-4.

Sanders, B., Lankenau, S. E., Bloom, J. J. y Hathazi, D. (2008). "Research chemicals": tryptamine and phenethylamine use among high-risk youth. Substance use & misuse, 43(3-4), 389–402. doi: 10.1080/00952990701202970.

Schmidt, M. M., Sharma, A., Schifano, F. y Feinmann, C. (2011). "Legal highs" on the net-Evaluation of UK-based Websites, products and product information. Forensic science international, 206(1-3), 92–97. doi: 10.1016/j.forsciint.2010.06.030.

Schnakenberg, A., Sewell, R. A., Ranganathan, M., Skosnik, P. D., Cohen, B. M., D'Souza, D. C. y Pittman, B. (2012). Dose-Related Behavioral, Subjective, Endocrine, and Psychophysiological Effects of the κ Opioid Agonist Salvinorin A in Humans. Biological Psychiatry, 72(10):871-9. doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.012.

Seetohul, L. N., Maskell, P. D., De Paoli, G. y Pounder, D. J. (2012). Deaths associated with new designer drug 5-IT. British medical journal, 345. doi: 10.1136/bmj.e5625.

Seetohul, L. N. y Pounder, D. J. (2013). Four fatalities involving 5-IT. Journal of analytical toxicology, 37(7):447-51. doi: 10.1093/jat/bkt053.

Spaderna, M., Addy, P. H. y D'Souza, D. C. (2013). Spicing things up: synthetic cannabinoids. Psychopharmacology, 228(4):525-40. doi: 10.1007/s00213-013-3188-4.

Sumnall, H. R., Evans-Brown, M. y McVeigh, J. (2011). Social, policy, and public health perspectives on new psychoactive substances. Drug testing and analysis, 3(7-8):515-23. doi: 10.1002/dta.310.

Täljemark, J. y Johansson, B. A. (2012). Drug-induced acute psychosis in an adolescent first-time user of 4-HO-MET. European child and adolescent psychiatry, 21(9):527-8. doi: 10.1007/s00787-012-0282-9.

The vaults of Erowid (2009). Recuperado de http://www.erowid.org

Thornton, S. L., Gerona, R. R. y Tomaszewski, C. A. (2012). Psychosis from a Bath Salt Product Containing Flephedrone and MDPV with Serum, Urine, and Product Quantification. Journal of Medical Toxicology, 8(3):310-3. doi:10.1007/s13181-012-0232-4.

Tung, C. K., Chiang, T. P. y Lam, M. (2012). Acute mental disturbance caused by synthetic cannabinoid: a potential emerging substance of abuse in Hong Kong. East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists, 22(1): 31-3.

United Nations Office on Drugs and Crime (2013). The Challenge of New Psychoactive Substances. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf

Urban, M., Rudecki, T., Wroblewski, D. y Rabe-Jablonska, J. (2011). Psychotic disorders related with chronic use of mephedrone. Case report. Psychiatr Pol, 45(3), 431–437.

Van der Veer, N. y Friday, J. (2011). Persistent psychosis following the use of Spice. Schizophrenia research, 130(1-3):285-6. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.022.

Van Hout, M. C. y Bingham, T. (2013). "Silk Road", the virtual drug marketplace: A single case study of user experiences. The International journal on drug policy, 24(5), 385–91. doi:10.1016/j.drugpo.2013.01.005.

Wikström, M., Thelander, G., Dahlgren, M. y Kronstrand, R. (2013). An accidental fatal intoxication with methoxetamine. Journal of analytical toxicology, 37(1), 43–6. doi:10.1093/jat/bks086.

Wood, D. M., Dargan, P. I., Button, J., Holt, D. W., Ovasaka, H., Ramsey, J. y Jones, A. L. (2007). Collapse, reported seizure and an unexpected pill. Lancet, 369(9571):1490.

Wood, D. M., Greene, S. L. y Dargan, P. I. (2011). Clinical pattern of toxicity associated with the novel synthetic cathinone mephedrone. Emergency medicine journal: 28(4), 280–282. doi:10.1136/emj.2010.092288.

Wood, D. M., Looker, J. J., Shaikh, L., Button, J., Puchnarewicz, M., Davies, S.,... Dargan, P. I. (2009). Delayed onset of seizures and toxicity associated with recreational use of Bromo-dragonFLY. Journal of medical toxicology: official journal of the American College of Medical Toxicology, 5(4):226-9. doi:10.1007/BF03178273.

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2014
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1,59-70

REPERCUSIÓN DEL TABACO Y ALCOHOL SOBRE FACTORES ACADÉMICOS Y FAMILIARES EN ADOLESCENTES

EFFECT OF SNUFF AND ALCOHOL ON ACADEMICS AND FAMILY FACTORS IN ADOLESCENT

Félix Zurita[1] y Jose Ignacio Álvaro[2]

[1]Universidad de Granada

[2]I.E.S. Francisco Javier de Burgos

Abstract

The present study aims to analyze the levels of alcohol and snuff teen ruling possible relationships with family and academic parameters These three hypotheses were advanced: boys and girls who regularly consume alcohol and snuff have a worse academic performance; frequent consumption of both elements has a negative impact on the family and academic environments; and the lower the academic level of the parents, the more likely the use of both substances.

The participation of a total of 2,134 adolescents allowed the record and evaluation of Snuff consumption variables (FTND), Drinking (AUDIT), Family Function Scale (APGAR), Academic Level Students and Parents.

No association between the youngsters 'consumption or intake of snuff and alcohol and their parents' academic performance and educational level can be made.

The main conclusion that can be drawn is that adolescents with severe family disorders present values of the high dependence on patent snuff being the medium and heavy drinking and having high rates of repetition.

Keywords: Snuff, Alcohol, Family, Academic, Adolescents.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo analizar los niveles de consumo de alcohol y tabaco dictaminando posibles relaciones con parámetros académicos y familiares con tres hipótesis de partida, una primera donde se indicaba que tanto chicos y chicas que ingieran de forma habitual alcohol y tabaco presentan un peor rendimiento académico, una segunda que señala que el consumo frecuente de ambos elementos repercute negativamente en el clima familiar y académico y una última que puntualiza que a menor nivel académico de los progenitores aumenta el uso de ambas sustancias.

Participaron un total de 2.134 adolescentes que permitió el registro y evaluación de las variables Consumo de Tabaco (FTND), Consumo de Alcohol (AUDIT), Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR), Nivel Académico de Estudiantes y Padres.

En los jóvenes no se encontró asociación entre el consumo o ingesta de tabaco y alcohol y el rendimiento académico y nivel de estudios en los padres, sin embargo debemos indicar como principal conclusión que los adolescentes con una disfunción familiar severa presentan valores de alta dependencia hacia el tabaco siendo patente el consumo medio y excesivo de alcohol y presentando altas tasas de repetición de curso.

Palabras clave: Tabaco, Alcohol, Clima Familiar, Académico, Adolescentes.

Correspondencia: Felix Zurita Ortega
Campus de Cartuja s/n despacho 122.1
CP/ 18071
Granada

Tradicionalmente, la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias psicoactivas como señalan Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) y Villarreal-González, Sánchez-Sosa y Musitu, (2011) lo cual ha motivado a los científicos sociales y de la salud a analizar este problema en profundidad por sus múltiples y graves efectos.

Dentro de las sustancias, el alcohol y tabaco son las más consumidas en nuestra sociedad, engendrándose como el principal problema de Salud Pública en España. Según el Plan Nacional sobre Drogas, en 2013, un 76,6% de la población española ha consumido alcohol y un 40,2 % tabaco. Estas cifras se consideran más alarmantes al conocer que dicho consumo se inicia en la etapa de la adolescencia (entre 15 y 17 años), detectándose que un 62,2% ha tomado alcohol alguna vez en su vida y un 26,6% tabaco.

La adolescencia se conforma como una etapa esencial en el desarrollo de una persona, ya que en estos años se configura el ámbito cognitivo, físico y social (Carballo et al, 2013). Si durante su desarrollo no se adquieren hábitos saludables y se potencia el consumo de dichas sustancias, aumentarán las probabilidades de seguir los mismos patrones de conducta en la etapa adulta, e incluso existen más posibilidades de potenciar en su abuso (Ruiz-Ruisueño, Ruiz-Juan y Zamarripa, 2011).

Debido a que los adolescentes se caracterizan por no tener configurada completamente su personalidad, son fácilmente influenciables. Por ello es necesario transmitirles hábitos positivos y saludables en esta etapa, como practicar actividad física y un nivel de educación más elevado, con objeto de sentar las bases en su fase adulta (Ruiz-Juan, De la Cruz, Ruiz-Ruisueño y García, 2008).

Nebot, Tomás, Ariza, Valmayor, López y Juárez (2004), indican que entre los factores influyentes en el inicio de consumo de alcohol y tabaco, estos provienen del ámbito familiar, socioeconómico, cognitivo y emocional, adquiriendo especial importancia la variable familiar, la cual supone uno de los principales factores de riesgo (Pons, 1998). Los hábitos adquiridos por familiares así como por personas del entorno cercano al joven, influyen para afianzar, apoyar o suprimir su patrón de conducta (Londoño, 2010; Ruiz-Juan, y Ruiz-Ruisueño, 2011).

El plano cognitivo supone otra gran amenaza, ya que los jóvenes consideran el consumo de alcohol y tabaco como una acción que proporciona mayor seguridad y tranquilidad, así como una forma de relacionarse con sus semejantes (Ariza, Nebot, Villalbí, Díez, Tomás y Valmayor, 2003). Además, entienden como positivas las percepciones vinculadas a la toma de nicotina, como es la sensación de bienestar o, en el caso de las féminas, de control de peso, variable a la que le prestan bastante atención en estas edades (Nerín, Beamonte, Gargallo, Jiménez-Muro y Marqueta, 2007).

También son conocidas las repercusiones negativas que producen el consumo de alcohol y tabaco en el organismo a nivel físico y psíquico (Martín, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004; Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011; Maurage, Joassin, Speth, Modave, Philippot y Campanella, 2012; Yañez, Leiva, Gorreto, Estela, Tejera, y Torrent, 2013) ,y tener en cuenta, que el uso combinado de alcohol y tabaco, aumenta las posibilidades de enfermedad y muerte (National Institute of Health, 1998) y potencia la probabilidad de probar otro tipo de drogas ilegales, como cannabis y pastillas.

Pero no existen factores negativos asociados a la salud únicamente, sino que el consumo de éstas drogas acarrea otra serie de inconvenientes, como una disminución del rendimiento académico (Mota et al, 2010); A esta postura se suman los resultados hallados por Inglés, Torregrosa, Rodriguez-Marín, García del Castillo y Delgado (2013), que estudiaron la influencia del consumo de alcohol y tabaco en alumnado español de Educación Secundaria Obligatoria, donde a mayor consumo, el rendimiento académico es inferior, al igual que reportan Mancha, Rojas y Latimer (2013), y Latvala, Rose, Pulkkinen, Dick, Korhonen y Kaprio (2014), comprueban que el consumo de alcohol y tabaco, no sólo tiene efectos negativos inmediatos en el rendimiento académico sino que además influye en un futuro también, la inclinación a llevar a cabo conductas de riesgo como mantener relaciones sexuales sin la toma de medidas oportunas y actos violentos y salvajes (Cortés, Espejo y Giménez, 2008).

El rendimiento académico es un ítem primordial que marca la trayectoria de una persona a lo largo de su

vida. Debido a ello, es necesario controlar todas las variables y cuestiones que repercuten en mencionado campo, con objeto de alcanzar el éxito por parte del adolescente. Tal y como muestran en sus estudios Mullis, Rathge y Mullis (2003) y Moreno (2010), existen varios factores que inciden en el rendimiento académico de los estudiantes, como son el nivel de educación y renta de los padres y un entorno motivador en el domicilio, los cuales, sin son adecuados, van ligados a la obtención de buenas calificaciones de los hijos. A su vez, la insuficiente implicación familiar en las actividades escolares del niño, acarrean un bajo rendimiento académico y mayor probabilidad en la adopción de actitudes sedentarias y consumo de tabaco y alcohol del adolescente (Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2004).

Las relaciones familiares es otra variable que puede verse afectada por el consumo de drogas legales. Aunque la familia sea uno de los principales factores de riesgo (Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010), por norma general, los padres o tutores del adolescente no aprueban que sus hijos consuman alcohol y tabaco. De este modo, el tener un hijo que consume sustancias nocivas, obtiene bajas calificaciones académicas y tiene un comportamiento social inadecuado, contribuye a mermar el buen clima familiar (Landero y Villareal-González, 2007).

A su vez, la relación entre consumo de alcohol y tabaco y ambiente familiar, es inversamente proporcional. A medida que el consumo aumenta, las relaciones familiares se ven afectadas y viceversa, cuando existen disfunciones y desajustes familiares, el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y derivados aumenta, con objeto de evadirse del ambiente afectado, así como para facilitar el acercamiento entre iguales (Elzo, Amatria, González de Audicana, Echeburua y Ayestarán, 1987).

Como se pone de manifiesto, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, clima familiar y rendimiento académico son piezas fundamentales en la etapa adolescente, por lo que es necesario prestar el máximo de atención a dichas variables para el correcto desarrollo del individuo en la etapa de la pubescencia. Incluso en la actualidad, merece especial atención la fuerza que ejercen los medios de comunicación en la formación de la personalidad (Suárez, Del Moral, Musitu y Villareal-González, 2013). Igualmente debemos destacar que como docentes se detecta un inicio más prematuro en el consumo de sustancias nocivas por lo que entendemos que la edad de inicio puede estar en el Segundo ciclo de la Secundaria Obligatoria (15-16 años).

Por este motivo, el primer objetivo del presente estudio es determinar los niveles de consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, y apreciar cómo influyen sobre el rendimiento académico y contexto familiar; también en cuanto a la escasez de estudios, un segundo objetivo que es determinar si el nivel académico de padres y madres repercute en la ingesta de alcohol y tabaco.

Según estos objetivos se plantean tres hipótesis:

- Los chicos y chicas que ingieran de forma habitual alcohol y tabaco presentan un peor rendimiento académico.

- La ingesta frecuente de ambos elementos repercute negativamente en el clima familiar y académico.

- A menor rendimiento académico de los progenitores aumenta el uso de ambas sustancias.

Este estudio nos reporta datos novedosos sobre el perfil de adolescentes en cuanto a la ingesta habitual de sustancias nocivas y sobre como incide en las relaciones familiares y académicas, en una provincia muy deprimida económicamente y donde no se ha detectado estudios de estas características, por lo que podríamos considerarlo pionero en la temática.

MÉTODO

Participantes

Participaron en esta investigación de carácter descriptivo y de tipo transversal un total de 2.134 adolescentes españoles, de ambos sexos (49,8% de hombres y 50,2% de mujeres), de 15 a 18 años (M=15,93 años; DT= 0,853), de 20 centros educativos de distintas zonas de la provincia de Granada (siete zonas) y distribuidos en el Segundo Ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) como se observa en la Tabla 1. La muestra es representativa en cuanto al número de alumnos/as analizados que se encuentran

matriculados en este Ciclo de Educación en la provincia de Granada (n=18.930), asumiendo un error muestral del 0.02, con un nivel de confianza del 95%, la muestra requerida fue de 2.231 participantes. Para seleccionar los participantes se establece un muestreo aleatorio por conglomerados como indican Santos, Muñoz, Juez y Cortiñas (2003), según número de alumnos, zonas (según las reportadas por Zurita, Moreno, Ruiz, Martínez, Zurita y Castro, 2008, uniendo la 1 y 2 en una sola) y centros (Tabla 2). Debemos señalar que se detectaron 68 cuestionarios erróneos en su realización que fueron excluidos del estudio; así como 283 estudiantes no remitieron su consentimiento informado.

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y edad

Sexo		Edad				Total
		18 años	17 años	16 años	15 años	
Masculino	Recuento	73	203	426	360	1062
	% Sexo	6,9%	19,1%	40,1%	33,9%	100,0%
Femenino	Recuento	42	162	489	379	1072
	% Sexo	3,9%	15,0%	45,7%	35,4%	100,0%
Total	Recuento	115	364	915	739	2133
	% Sexo	5,4%	17,1%	42,9%	34,6%	100,0%

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo y edad

	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Zona 6	Total
Alumnos	34,6% (n=738)	11,8% (n=251)	15,5% (n=331)	6,0% (n=127)	18,0% (n=385)	14,2% (n=302)	2.134
Centro	6 centros	3 centros	5 centros	2 centros	2 centros	2 centros	20 centros

Procedimiento

En primer lugar, a través de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada (Área de Corporal), y en contacto con la Delegación de Educación de la Junta de Andalucía, se solicitó la colaboración de los Centros Educativos de la Provincia de Granada seleccionados, a partir de un muestreo de conveniencia de las categorías objeto de estudio. La dirección de cada centro educativo fue informada sobre la naturaleza de la investigación y solicitando la colaboración de sus alumnos/as. En segundo lugar se adjuntó un modelo de autorización destinado a los responsables legales de los adolescentes pidiéndoles su consentimiento informado, garantizando en todo momento a los participantes el anonimato de la información recogida aclarando que su utilización sería sólo con fines científicos. Los encuestadores estuvieron presentes durante la recogida de los datos que se llevó a cabo en sus aulas habituales durante un periodo regular de clase, desarrollándose sin ningún tipo de problema o anormalidad a reseñar. En último lugar se agradeció a los profesores y responsables su colaboración y se les informó del envío en un futuro próximo de un informe sobre los datos obtenidos respetando la confidencialidad de los mismos.

El estudio cumplió con las normas éticas del Comité de Investigación y Declaración de Helsinki de 1975. Se contó en todos los casos con el consentimiento informado de los participantes y se respetó el resguardo a la confidencialidad.

Variables e instrumentos

En este estudio de investigación se tomó como referencia las siguientes variables e instrumentos:

Escala de Consumo de Tabaco: se recoge del cuestionario original "Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)" de Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström (1991), y traducido al castellano por Villareal- González (2009), establece el numero o cantidad de cigarros, el impulso por fumar y la dependencia de nicotina que se tiene. Este test consta de 6 preguntas, de las cuales las 4 primeras son de tipo dicotómico (0=No y 1=Si), y los dos ítems restantes se valoran con una escala Likert de cuatro opciones, donde el 0 es Nunca y el 3 es Siempre; se establece la suma que oscila entre el 0 y el 10, y se establecen cuatro categorías (0= No fumador, de 1 a 4= Dependencia Baja, 5 a 6= Dependencia Moderada y >6= Dependencia Alta). En el estudio de Villareal-González (2009) se determinó una fiabilidad de α=.970 similar a la que se detecta en nuestro trabajo α=.956.

Escala del Consumo de Alcohol: procede del cuestionario original "Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)" de Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993), y adaptado al español por Rubio (1998), consta de 10 preguntas, donde las 8 primeras cuestiones tienen cinco posibles respuestas donde el 0 es Nunca y el 4 es a Diario o Mas, y los dos ítems restantes se valoran con tres posibles opciones que puntúan 0-2 y 4; se establece la suma que variará

entre el 0 y el 40, y señalar que las tres primeras preguntas hablan de la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, las preguntas 4-5 y 6 determinan la dependencia de consumo de alcohol y los ítems del 7 al 10 reportan consumo dañino o perjudicial. En el estudio de Rubio (1998) se determinó una fiabilidad de α=.800 similar a la que se detecta en nuestro trabajo α=.842.

Rendimiento Académico: en función de si había repetido algún curso en años anteriores motivado por las calificaciones y no por otros motivos como enfermedad y fueron recogidos mediante hoja de registro Ad-Hoc, mediante auto información de cada estudiante.

Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR): está extraído de la versión original "Family APGAR" de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) y adaptada al español por Bellon, Luna y Lardelli (1996), donde mediante una escala Likert de tres opciones (0= Casi Nunca, 1= A Veces y 2= Casi Siempre), se valoran 5 ítems formulados en sentido positivo, que generan tres tipos de funcionalidad, si es de 0 a 3, se categoriza como disfunción severa, de 4 a 6 disfunción moderada y > 6 como funcionalidad familiar. La consistencia interna (Alpha de Cronbach) del cuestionario en su versión original es de α=.750 (Smilkstein et al., 1982), en la adaptación al español Bellon et al., (1996) obtuvo un α=.840 y más recientemente Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) reportan una consistencia interna de α=.790. En este estudio se estableció un α=. 720.

Nivel de Estudios Familiar (Padres y Madres): dividida en cinco niveles según estudios realizados (Primaria, Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional y Universitarios) y siguiendo las aportaciones de Martínez-Martínez (2013) recogiéndose en una hoja de autoregistro.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico software SPSS 20.0., mediante la utilización de diversas técnicas de análisis, de esta forma se establecieron los descriptivos básicos mediante la utilización de medias y frecuencias y para el estudio relacional se emplearon tablas de contingencia.

RESULTADOS

Tomando como referencia los datos descriptivos que se desprenden de la Tabla 1, los 2.134 adolescentes presentaban proporciones similares por género, eran no fumadores en proporciones del 90,9% (n=1.939), asimismo en cuanto al consumo de alcohol, la cantidad y frecuencia era escasa o no consumían en un 70,3% de los jóvenes, que el consumo medio era perceptible en un 23,1% y los que abusaban del mismo solo se reflejaba en un 6,6% de los casos; en cuanto a la dependencia el 79,4% no tenían ningún tipo se asociación con las bebidas alcohólicas y en la misma línea el 65,3% señaló no provocar ningún daño tras la ingesta de la misma mientras que el restante 34,7% declaró mostrar actitudes dañinas tras la ingesta de estos productos. En cuanto al nivel académico el 35,1% indicaban haber repetido algún curso motivado por las calificaciones académicas, mientras que un 74,5% tenían una funcionalidad familiar normal y en referencia a los valores de los niveles de estudios de padres y madres en ambos casos los estudios más obtenidos fueron los de Primaria y Secundaria.

En cuanto al consumo o ingesta de tabaco y alcohol y el rendimiento académico al ser estudiadas mediante las tablas de contingencia los datos nos reportaron la no existencia de diferencias estadísticamente significativas (p≤.05**), por lo que la distribución era homogénea según el rendimiento académico de los estudiantes cómo queda reflejado en la siguiente tabla (Tabla 4).

En lo concerniente al análisis de los índices de consumo de tabaco e ingesta de alcohol en cuanto a la escala de funcionalidad familiar (APGAR), los datos mostraron relación estadísticamente significativa en todos los casos (p ≤.05**) como se muestra en la Tabla 5, en el caso del tabaco observamos como adolescentes inmersos en una disfunción severa presentan valores más altos en dependencia baja y media (por encima del 10%), entre los que tenían una disfunción moderada el dato de dependencia es alta (50%) en ambos casos frente al no fumador, y estos datos se invierten en el caso de la funcionalidad familiar donde el 76,4% se señalaban como no fumador.

Tabla 3. Descriptivos de las variables

Género		
Masculino		49,8% (n=1.062)
Femenino		50,2% (n=1.072)
Consumo Tabaco (FTND)		
No Fumador		90,9% (n=1.939)
Dependencia Baja		7,4% (n=158)
Dependencia Media		0,9% (n=19)
Dependencia Alta		0,8% (n=18)
Consumo Alcohol (AUDIT)		
Cantidad y Frecuencia	No Consume	44,9% (n=958)
	Escaso Consumo	25,4% (n=541)
	Consumo Medio	23,1% (n=494)
	Consumo Alto	6,6% (n=141)
Dependencia	No Dependencia	79,4% (n=1.695)
	Dependencia Baja	13,4% (n=285)
	Dependencia Media	5,8% (n=124)
	Dependencia Alta	1,4% (n=30)
Consumo Dañino	No Daño	65,3% (n=1.394)
	Daño Escaso	17,8% (n=379)
	A Veces provoca Daño	11,8% (n=251)
	Siempre Daño	5,2% (n=110)
Nivel Académico		
Repetidor		35,1% (n=749)
No Repetidor		64,9% (n=1.385)
APGAR		
Disfunción Severa		5,3% (n=113)
Disfunción Moderada		20,2% (n=432)
Funcionalidad Familiar		74,5% (n=1.589)
Nivel Estudios Padres/Madres		
	Padre	Madre
Primaria	26,1% (n=558)	31,2% (n=665)
Secundaria	34,5% (n=736)	28,7% (n=612)
Bachillerato	21,3% (n=454)	14,3% (n=305)
Formación Profesional	6,1% (n=131)	5,6% (n=119)
Universidad	11,9% (n=255)	20,3% (n=433)

Tabla 4. Relación del tabaco y el consumo de alcohol según rendimiento académico

Consumo Tabaco (FTND)		**Repetidor Si**	**Repetidor No**	X^2
No Fumador		88,9% (n=666)	91,9% (n=1273)	p=.138
Dependencia Baja		8,8% (n=66)	6,6% (n=92)	
Dependencia Media		1,2% (n=9)	0,7% (n=10)	
Dependencia Alta		1,1% (n=8)	0,7% (n=10)	
Consumo Alcohol (AUDIT)		**Disfunción Severa**	**Disfunción Moderada**	X^2
Cantidad y Frecuencia	No Consume	44,1% (n=330)	45,3% (n=628)	p=.682
	Escaso Consumo	25,6% (n=192)	25,2% (n=349)	
	Consumo Medio	24,3% (n=182)	22,5% (n=312)	
	Consumo Excesivo	6,9% (n=45)	6,0% (n=96)	
Dependencia del Alcohol	No Dependencia	78,8% (n=590)	79,8% (n=1105)	p=.509
	Dependencia Baja	14,6% (n=109)	12,7% (n=176)	
	Dependencia Media	5,6% (n=42)	5,9% (n=82)	
	Dependencia Alta	1,1% (n=8)	1,6% (n=22)	
Consumo Dañino	No Daño	65,2% (n=488)	65,4% (n=906)	p=.231
	Daño Escaso	19,4% (n=145)	16,9% (n=234)	
	A Veces provoca Daño	10,1% (n=76)	12,6% (n=175)	
	Siempre Daño	5,3% (n=10)	5,1% (n=41)	

Tabla 5. Consumo e ingesta de tabaco y alcohol en relación al APGAR

Consumo Tabaco (FTND)		Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Funcionalidad Familiar	X^2
No Fumador		4,8% (n=93)	18,8% (n=365)	76,4% (n=1481)	p=.000 **
Dependencia Baja		10,1% (n=16)	32,9% (n=52)	57% (n=90)	
Dependencia Media		15,8% (n=3)	31,6% (n=6)	52,6% (n=10)	
Dependencia Alta		5,6% (n=1)	50% (n=9)	44,4% (n=8)	
Consumo Alcohol (AUDIT)		**Disfunción Severa**	**Disfunción Moderada**	**Funcionalidad Familiar**	X^2
Cantidad y Frecuencia	No Consume	4,1% (n=39)	15,6% (n=149)	80,4% (n=770)	p=.000 **
	Escaso Consumo	6,1% (n=33)	19,6% (n=106)	74,3% (n=402)	
	Consumo Medio	5,5% (n=27)	26,7% (n=132)	67,8% (n=335)	
	Consumo Excesivo	9,9% (n=14)	31,9% (n=45)	58,2% (n=82)	
Dependencia del Alcohol	No Dependencia	4,5% (n=77)	17,6% (n=299)	77,8% (n=1319)	p=.000 **
	Dependencia Baja	7,7% (n=22)	25,3% (n=72)	67,0% (n=191)	
	Dependencia Media	9,7% (n=12)	41,1% (n=51)	49,2% (n=61)	
	Dependencia Alta	6,7% (n=2)	33,3% (n=10)	60,0% (n=18)	
Consumo Dañino	No Daño	4,3% (n=60)	16,1% (n=225)	79,6% (n=1109)	p=.000 **
	Daño Escaso	7,7% (n=29)	26,6% (n=101)	65,7% (n=249)	
	A Veces provoca Daño	5,6% (n=14)	25,9% (n=65)	68,5% (n=172)	
	Siempre Daño	9,1% (n=10)	37,3% (n=41)	53,6% (n=59)	

En relación a la ingesta de alcohol, y concretamente a su cantidad y frecuencia, señalar que en el caso de disfunción severa y moderada los valores más incrementados se sitúan en un consumo medio y excesivo en ambos casos frente al joven que no consume, datos que se invierten en funcionalidad familiar que se asocia sobre todo con no consumir bebidas alcohólicas (80,4%), estos valores reportados son similares a lo que observamos en la dependencia hacia el alcohol y consumo dañino, donde los participantes con funcionalidad familiar reportan cifras elevadas (77,8% y 79,6%) en cuanto la no dependencia y no daño. Por ultimo indicar que en la relación de ambas sustancias con el nivel académico alcanzado por los padres y madres, no aparecieron asociaciones en ninguno de los supuestos (p≥.005).

Por último se realizó un análisis ROC (Figura 1), entre el APGAR y las sustancias nocivas deparándose áreas con los siguientes resultados (Tabaco=0,546; Dependencia alcohol=0,607; Cantidad y frecuencia de alcohol=0,680 y Daño=0,680).

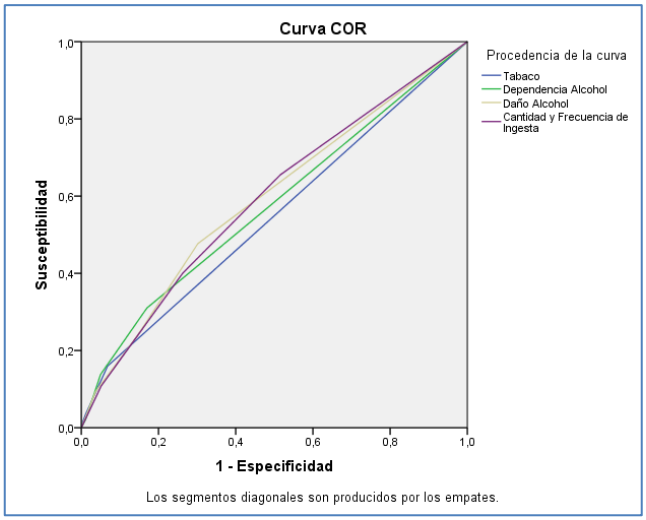

Figura 1. Curva de COR del Consumo e ingesta de tabaco y alcohol en relación con el APGAR

DISCUSIÓN

Mediante el presente estudio de 2.134 adolescentes se detecta que el consumo de alcohol no es elevado en los adolescentes españoles analizados, siguiendo la línea de estudios previos como los de Rojas, Fleiz, Medina, Moron y Doménech (1999); Landero y Villarreal (2007); López-García, Esparza, Guzmán, Alonso y Rodríguez (2009); Salamó et al., (2010) o Carballo et al., (2013), donde los porcentajes de ingesta de alcohol en diversos contextos geográficos son semejantes, sin embargo se constata que tres de cada diez estudiantes si lo consumían de forma esporádica (fines de semana) o habitual, estos jóvenes comienzan a realizar salidas nocturnas los fines de semana y como exponen Martínez y Villar (2004) y Ruiz-Ruiseño et al., (2011) una de las causas influyentes en el mayor consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles puede deberse al fenómeno "botellón" asentado desde hace décadas en nuestro país.

La principal explicación de los bajos porcentajes de consumo de ambas sustancias, es que la muestra estudiada es relativamente joven para presentar valores de consumo habituales altos, siendo la edad de 16 en adelante la que presenta porcentajes mayores en este campo. De ahí que los resultados deban interpretarse con cierta cautela, pues estos podrían deberse a que en estas edades es más habitual beber de forma esporádica, como los fines de semana y días festivos, que diariamente. De ahí que la mayoría de estudios muestren porcentajes elevados en cuanto a la ingesta de alcohol de forma eventual y, por el contrario, bajos en lo que a dependencia se refiere.

En cualquier caso, se hace imprescindible la transmisión de hábitos familiares saludables por parte de la familia desde edades tempranas, ya que las probabilidades de aumento en consumo progresa conforme se incrementa la edad (Gómez, Fernández, Romero y Luengo, 2008).

En el trabajo de Pascual, Reig, Fontoba y García (2011), se estudió la relación entre alcohol y violencia; extrayéndose cifras bastante similares a los reportados por nuestra muestra, así entre los consumidores una tercera parte declaró mostrar actitudes dañinas tras la ingesta de estos productos, como reyertas, conducción de algún vehículo y actos de comportamiento inadecuados; por el contrario debemos destacar que la mayoría mantenían conductas adecuadas al igual que afirmaban Meneses, Markez, Romo, Uroz, Rua y Laespada (2013), entendemos que se debe a que la cantidad de bebida tomada no es desmesurada hasta el punto de provocar actos improcedentes en la persona. Idea apoyada a su vez por la baja edad de la mayoría del alumnado encuestado, lo cual nos incita a sospechar que a menos edad, menos cantidad de alcohol se ingiere y por ende, más concordancia en los actos se tiene.

En cuanto al nivel académico, se obtuvieron datos muy elevados de repetidores, tendencia similar a la planteada por Barca, Peralbo, Porto, Marcos y Brenlla (2011), con alumnado de Galicia. Con objeto de atribuir causas a los resultados encontrados, nos apoyamos en el estudio de Córdoba, García, Luengo, Vizuete y Feu (2012), los cuales achacan el bajo rendimiento académico a variables como el absentismo, tiempo dedicado al estudio, dedicación a la lectura, clima escolar y satisfacción escolar entre otros. En contraposición debemos señalar el trabajo de Calero, Choi y Waisgrais (2010) que encontraron en Asturias un porcentaje de fracaso escolar del 14,6%, siendo la Comunidad Autónoma que mejores resultados académicos mostró en el territorio español; aunque no menos interesantes son los datos obtenidos por Perez-Espàrrells y Morales (2012), que señalaron en una comparativa a nivel europeo, que el Reino Unido (100%), Finlandia (91%) o Francia (88%) alcanzaban cifras cercanas a la totalidad en cuanto a que la población consigue el título de Educación Secundaria. Esto nos hace plantearnos la necesidad de copiar e intentar instaurar los sistemas educativos de estos países en aras de alcanzar niveles académicos satisfactorios.

El clima familiar percibido en la mayoría de los casos era el adecuado, detectándose únicamente casos aislados de comportamiento o desorden familiar extremo, corroborado en el estudio de Revuelta y Esnaola (2011), que incidían en que un buen clima familiar, viene propiciado mayormente por la práctica de actividades físico-deportivas por parte de la familia.

En referencia a los valores de los niveles de estudios de padres y madres en ambos casos los estudios más alcanzados fueron los de Primaria y Secundaria, tal y como muestran la mayoría de trabajos consultados entre ellos destacamos los de Salazar, López y Romero (2009) y Gil (2013), donde medían el nivel socioeconómico familiar y la influencia familiar en el rendimiento escolar y que fundamentan que el nivel de estudios de los padres es de primaria y secundaria motivado porque éstos han gozado de menos oportunidades educativas, de esta forma entendemos que el nivel social, económico y educativo de los abuelos de los adolescentes, era limitado, lo cual influyó en la formación de sus padres.

El consumo de tabaco y alcohol con respecto al rendimiento académico, no generó ningún tipo de relación, datos contrarios a los obtenidos por Carrasco, Barriga y León (2004) en su estudio donde se pone de manifiesto que la ingesta de bebidas alcohólicas incide negativamente sobre las calificaciones académicas de los estudiantes. La explicación a las cifras obtenidas, una vez más, las referimos a que la toma de alcohol y tabaco por parte de los adolescentes estudiados no sea lo suficientemente representativa como para provocar efectos negativos en la rentabilidad académica, debido a

que un alto porcentaje de la muestra no tiene una edad suficiente para tener un consumo desmesurado.

Los adolescentes con funcionalidad alterada presentaron mayor consumo tanto de tabaco como de alcohol datos similares a los que encontraron Ruvalcaba y Covarrubias (2012), que señalaban que aspectos de la funcionalidad familiar como el control, afecto y la comunicación se veían afectadas a medida que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales era mayor. A su vez, Villareal-González, Sánchez y Musitu (2013) comprobaron con adolescentes mexicanos que el consumo excesivo de alcohol está relacionado de forma positiva con la toma de esta misma sustancia por parte de familia y amigos y negativamente con las variables de funcionamiento familiar, ajuste escolar, autoestima escolar y apoyo familiar.

La ingesta de estas sustancias, no afecta exclusivamente a la salud del individuo, sino que reporta otra serie de perjuicios, entre los que destacan un deterioro en las relaciones familiares, así como el manifiesto de conductas agresivas e inadecuadas. Son diversos los estudios que demuestran estos vínculos, sirviendo de ejemplo los llevados a cabo por Natera, Borges, Medina, Solís y Tiburcio (2001); Cid-Monckton y Pedrão (2011) o Villareal-González et al., (2013), donde además, afirman que estas conductas conllevan un elevado coste para el gobierno, ya que los efectos del alcohol y otras drogas, inciden en la toma de decisiones arriesgadas por parte de los pubescentes, tales como la conducción, tener relaciones sexuales sin tomar medidas de prevención y peleas entre otras. De esta forma como ratifican Villarreal, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela (2010), la pauta juvenil de consumo alcohólico es circunstancial, pero "explosivo", puesto que tiene lugar en un instante determinado pero en grandes cantidades, normalmente durante fines de semana y días festivos.

Tras el presente estudio queda claro que en la configuración de la personalidad de un adolescente influyen diversos factores, los cuales se han de controlar con objeto de inculcarles hábitos saludables y el desarrollo de conductas adecuadas. De esta manera, la familia y el grupo de iguales juegan un papel fundamental en la transmisión de valores. Así, una familia donde los padres beben alcohol y fuman, tiene mayor probabilidad de tener un hijo que siga los mismos patrones de conducta, tal y como demostraron Buelga y Pons (2004) y López y Rodríguez (2010); sin embargo debemos tener cierta cautela puesto que la curva ROC, no nos depara una aseveración categórica de los resultados en cuanto a la relación entre el consumo de sustancias nocivas y el comportamiento familiar.

Este trabajo complementa a numerosos estudios realizados en poblaciones adolescentes en relación a los hábitos saludables, aportando nuevos datos en una población como es la de Segundo Ciclo de ESO que constituye una de las etapas cronológicas clave para el desarrollo social del adolescente; asimismo entendemos que las principales limitaciones que nos invitan a interpretar los datos con cierta cautela ha sido la de realizar un estudio de carácter transversal no permitiéndonos establecer relaciones causales y no haber profundizado en la procedencia real de estos participantes, que si bien si se considerarán en futuros proyectos educativos a realizar; añadir que otra limitación ha sido la evaluación del rendimiento académico ya que se realiza mediante auto informe del estudiante y no se constata con un informe oficial pudiendo originar cierto sesgo.

Por todas estas razones expuestas, se hace necesario establecer pautas de acción con objeto de reducir este tipo de hábitos y hacer conscientes a los principales factores de riesgo, familia y amigos, que juegan una misión muy importante en la transmisión de valores al adolescente e incidir en la realización habitual de práctica de actividad física como elemento de prevención en la ingesta de sustancias nocivas.

Conclusión

En conclusión podemos señalar que los adolescentes de segundo ciclo de Secundaria son en su mayoría no fumadores y el consumo de alcohol era perceptible únicamente en tres de cada diez jóvenes; asimismo el comportamiento familiar era normal en la mayoría de los casos y una tercera parte de ellos eran repetidores de curso. En los jóvenes no se encontró asociación entre el consumo o ingesta de tabaco y alcohol y el rendimiento académico y nivel de estudios en los padres.

En la funcionalidad familiar los adolescentes inmersos en una disfunción severa presentan valores de alta dependencia hacia el tabaco siendo patente el

consumo medio y excesivo de alcohol cumpliéndose la segunda hipótesis planteada referente a que la ingesta frecuente de ambos elementos repercute negativamente en el clima familiar pero no en el académico.

Señalar que las hipótesis primera y tercera no se cumplen entendemos que propiciado por la edad de la muestra analizada.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de seguir profundizando en la investigación de hábitos saludables y de personalidad en los adolescentes, con el objetivo de detectar la etapa clave donde se generan los comportamientos nocivos que afectan a los jóvenes y que repercuten nocivamente en edades superiores. Parece incuestionable la necesidad de determinar los factores antecedentes así como elaborar programas encaminados a la disminución de conductas anómalas tanto familiares como académicas en etapas anteriores.

REFERENCIAS

Ariza, C., Nebot, M., Villalbí, J.R., Díez, E., Tomás, Z. y Valmayor, S. (2003). Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). Gaceta Sanitaria, 17, 190-195.

Barca, A., Peralbo, M., Porto, A., Marcos, J.L. y Brenlla, J.C. (2011). Metas académicas del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato con alto y bajo rendimiento escolar. Revista de Educación, 354, 341-368.

Bellón, J., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. Revista de Atención Primaria, 186, 289-296.

Buelga, S. y Pons, J. (2004). Alcohol y adolescencia: ¿Cuál es el papel de la familia?. Encuentros en Psicología Social, 2(1), 39-43.

Calero, J., Choi, A. y Waisgrais, S. (2010). Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España: una aproximación a través de un análisis logístico multinivel aplicado a PISA-2006. Revista de Educación, número extraordinario, 225-256. Carballo, J.L., Marín, M., Jáuregui, V., García, G., Espada, J., Orgilés, M. y Piqueras, J.A. (2013). Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante. Health and Addictions: Salud y drogas, 13(2), 157-163.

Carrasco, A., Barriga, S. y León J.M. (2004).Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. Revista Latinoamericana de Psicología, 36(1), 125-144.

Cid-Monckton, P. y Pedrão, L.G. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. Revista Latinoamericana Enfermagen, 19, 738-745.

Córdoba, L.G., García, V., Luengo, L.M., Vizuete, M. y Feu, S. (2012). Cómo influyen la trayectoria académica y los hábitos relacionados con el entorno escolar en el rendimiento académico en la asignatura de educación física. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación, 21, 9-13.

Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. Psicothema, 20 (3), 396-402.

Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R., y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. Health and Addictions: Salud y Drogas, 11(2), 179-202.

Elzo, J., Amatria, M., González de Audicana, M., Echeburua, E. y Ayestarán, S. (1987). Drogas y escuela III. San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.

Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo, 23(84), 9-17.

Gil, J. (2013). Medición del nivel socioeconómico familiar en el alumnado de Educación Primaria. Revista de Educación, 362, 298-322.

Gómez, J.A., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. Psicothema, 20(2), 211–217.

Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker R. y Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 86(9), 1119-1127.

Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Rodríguez-Marín, J., García del Castillo, J. A., Gázquez, J. J., García-Fernández, J. M. y Delgado, B. (2013). Alcohol and tobacco use and cognitive-motivational variables in school settings: Effects on academia performance in Spanish adolescents. Adicciones, 25(1), 63-70.

Landero, R. y Villarreal-González, M.E. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. Psicología y Salud, 17(1), 17-23.

Latvala, A., Rose, R. J., Pulkkinen, L., Dick, D. M., Korhonen, T., y Kaprio, J. (2014). Drinking, smoking, and educational achievement: Cross-lagged associations from adolescence to adulthood. Drug and Alcohol Dependence,137,106-113.

Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. Anales de Psicología, 26(1), 27-33.

López, S. y Rodríguez, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. Psicothema, 22(4), 568-573.

López-García, K.S., Esparza, S.E., Guzmán, F.R., Alonso, M.M. y Rodríguez, L. (2009). Expectativas del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolares. Revista Científica Electrónica de Psicología, 7, 112–126.

Mancha, B. E., Rojas, V. C., y Latimer, W. W. (2012). Alcohol use, alcohol problems, and problem behavior engagement among students at two schools in northern Mexico. Alcohol, 46(7), 695-701.

Martín, A., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C. y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. Revista de Toxicología, 21, 64-71.

Martínez, G. y Villar, M. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de Cd. de Monterrey N.L. Revista Latinoamericana Enfermagem, 12, 391 -397.

Martínez-Martínez, A. (2013). La orientación como actividad educativa y vocacional en los itinerarios curriculares del alumnado de Bachiller y Formación Profesional y su inclusión en el Mercado Laboral. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.

Maurage, P., Joassin, F., Speth, A., Modave, J., Philippot, P. y Campanella, S. (2012). Cerebral effects of binge drinking: Respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. Clinical Neurophysiology, 123, 892-901.

Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A. y Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(119), 525-535.

Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P. y Sánchez, I. (2004). Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Moreno, T. (2010). La relación familia-escuela en secundaria: algunas razones del fracaso escolar. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 14(2), 242-255.

Mota, N., Álvarez, R. M., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S., Parada, M., Crego, A., Caamaño, F. y Cadaveíra, F. (2010). Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. Gaceta Sanitaria, 24(5), 372-377.

Mullis, R. L., Rathge, R. y Mullis, A. K. (2003). Predictors of academic performance during early adolescence. A contextual view. International Journal of Behavioral Development, 27 (6), 541-548.

Natera, G., Borges, G., Medina, M. E., Solís, L. y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. Salud Pública de México, 43(1), 17-26.

National Institute of Health. (1998). Alcohol Alert. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 39. Disponible en http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa39.htm

Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S., López, M.J. y Juárez, O. (2004). Factores asociados al inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. Archivos de Bronconeumología, 40, 495-501.

Nerín, I., Beamonte, A., Gargallo, P., Jiménez-Muro, A. y Marqueta, A. (2007). Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. Archivos de Bronconeumología, 43, 9-15.

Pascual, F., Reig, M., Fontoba, J. y García, A. (2011). Alcohol y violencia. Health and Addictions: Salud y Drogas, 11(1), 71-94.

Pérez-Esparrells, C. y Morales, S. (2012). El fracaso escolar en España: un análisis por Comunidades Autónomas. Revista de Estudios Regionales, 94, 39-69.

Plan Nacional sobre Drogas (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011-2012. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. Revista Española de Salud Pública, 72, 251-266.

Revuelta, L. y Esnaola, I. (2011). Clima familiar deportivo y autoconcepto físico en la adolescencia. European Journal of Education and Psychology, 4(1), 19-31.

Rojas, E., Fleiz, C., Medina, M., Morón, M. y Doménech, M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca (Hidalgo). Revista de Salud Pública de México, 41(4), 297-308.

Rubio, G. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Revista Clínica Especializada, 198, 11-14.

Ruiz-Juan, F. y Ruiz-Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. Anales de Psicología, 27(2), 350-359.

Ruiz-Juan, F., De la Cruz, E. y Ruiz-Risueño, J., García, M. (2008). Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. Retos, 14, 75–79.

Ruiz-Ruiseño, J., Ruiz-Juan, F. y Zamarripa J.I. (2011). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Revista Panamericana Salud Publica. 31(3), 211–220.

Ruvalcaba, N.A. y Covarrubias, M.G. (2012). Diferencias en estilos parentales y clima familiar entre población clínica y población general. Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental. Actas del V Congreso Internacional de Salud Mental. Universidad de Guadalajara (México).

Salamó, A., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. Psicothema, 22 (2), 189-195.

Salazar, N., López, L. y Romero, M.A. (2010). Influencia familiar en el rendimiento escolar en niños de primaria. Revista científica electrónica de psicología, 9, 137-166.

Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González M. y Musitu G. (2010). Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un modelo de Campo Psicosocial. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

Santos, J., Muñoz, P. Juez, J. y Cortiñas, A. (2003). Diseño de Encuestas para estudios de mercado. Técnicas de muestreo y análisis multivariante. Madrid: Editorial Ramón Areces.

Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction, 88, 791-804.

Smilkstein, G., Ashworth, C. y Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. Journal of Family Practice, 15, 303-311.

Suárez, C., Del Moral, G., Musitu, G. y Villarreal-González, M. (2013). Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes: ¿Qué dicen los expertos? Health and Addictions: Salud y Drogas, 13(2), 99-108.

Villareal-González, M.E. (2009). Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados. Tesis doctoral: Universidad Autónoma de Nuevo León (México).

Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G. y Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. Intervención Psicosocial, 19(3), 253-264.

Villarreal-González, M.E., Sánchez-Sosa, J.C. y Musitu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. Universitas Psichologica, 12(3), 857-873.

Yañez, A., Leiva, A., Gorreto, L., Estela, A., Tejera, E. y Torrent, M. (2013). School, family and adolescent smoking. Adiciones, 25(3), 253-259.

Zurita, F., Moreno, C., Ruiz, L., Martínez, A., Zurita, A. y Castro, A. (2008). Cribado de la escoliosis en una población escolar de 8 a 12 años de Granada y Provincia. Anales de Pediatría, 69(4), 293-296.

Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2014
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 14, No.1, 71- 83

EDUCACIÓN SOCIAL Y FORMACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

SOCIAL EDUCATION AND TRAINING IN DRUG ADDICTION

Encarna Bas-Peña

Universidad de Murcia

Abstract

This paper presents the research on drug addiction training of students in Spanish universities that taught the Degree in Social Education. It was conducted in 36 universities (29 public and 7 private). As degree teach to, through the subjects taken on the degree programme, those that would carry out this social profession, that have within its responsibilities the educative action with different collectives that are in a social disadvantage position.

We conducted a descriptive document research to know the presence of subjects about drug dependency, in the degree programme of that degree, or topics and contents included in other subjects. It was performed a deep analysis of the degree programme throughout the teaching guides for all courses, in order to identity the presence of drug related topics, that were specific subjects (7), as well as those that include it as a chapter within a subject (2). It is undertaken only in nine Universities and in nine subjects, among them, six subjects are "optativas" (free configuration/choice) and three "obligatorias" (must be taken). The data have allowed us to verify the presence of disciplines/subjects dedicated to training in drug addiction in the degree programmes.

Keywords: Drug addictions/dependency, education, training, profession, university.

Resumen

Este artículo presenta la investigación realizada sobre la formación en drogodependencias del alumnado de las universidades españolas, en las que se imparte el título de Grado en Educación Social. Se ha llevado a cabo en 36 universidades (29 públicas y 7 privadas). Como titulación forma, mediante las asignaturas que constituyen el Plan de estudios, a quienes llevaran a cabo esta profesión social, que tiene entre sus competencias la acción educativa con diferentes colectivos que se encuentren en situación de desventaja social.

Realizamos una investigación documental descriptiva para conocer la presencia de asignaturas sobre drogodependencias, en los planes de estudios del citado Grado, o de temas y contenidos incluidos en otras materias. Se ha efectuado un análisis de contenido de los planes de estudio, a través de las guías docentes de todos los cursos, con objeto de identificar la presencia de las temáticas relacionadas con las drogas, tanto en asignaturas específicas (7), como en aquellas que lo incluyen como temas dentro de otras materias (2). Lo tratan sólo en nueve centros y en nueve asignaturas, de ellas, seis son Optativas y tres Obligatorias. Los datos nos han permitido verificar la presencia testimonial de disciplinas dedicadas a la formación en drogodependencias.

Palabras clave: Drogodependencias, educación, formación, profesión, universidad.

Correspondencia: Encarna Bas-Peña.
Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
Campus Universitario de Espinardo.
30100 Espinardo-Murcia.
e-mail: ebas@um.es

La Universidad: institución clave en la formación de profesionales de la Educación Social

Los cambios sociales han ido promoviendo reformas en la Educación Superior, sin embargo, la esencia de la universidad se mantiene, y su labor docente e investigadora en la formación de profesionales constituye un referente. Junto a la doble misión tradicional de enseñanza e investigación, la Universidad desempeña un papel creciente en los "procesos de innovación", en la "cohesión social" y en materia de desarrollo económico y social (Barraycoa y Lasaga, 2010). Las universidades, además de un motor para el avance del conocimiento, deben ser un motor para el desarrollo social y económico del país, promoviendo la transferencia a la sociedad de los resultados de su investigación, lo que contribuirá a la consecución de un mayor grado de bienestar de la ciudadanía.

La formación universitaria está vinculada con el desarrollo profesional en contextos laborales, pero sin olvidar el desarrollo del pensamiento crítico, dado que el progreso de un país está no sólo en tener profesionales técnicamente competentes, sino en que, además, sean capaces de pensar de manera autónoma y de acuerdo con unos principios basados en los Derechos Humanos. La cuestión reside en preguntarse por el tipo de personas que se pretende formar desde la educación y en su transcendencia para intervenir ante el consumo de drogas desde una profesión como es la Educación Social.

La Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (UNESCO, 1998) señala la pertinencia de formar profesionales altamente cualificados, ciudadanos responsables, que combinen conocimientos teóricos y prácticos, adaptándolos a las necesidades presentes y futuras de la sociedad, entre los que se encuentran los vinculados a la acción educativa en drogodependencias. Además, el art. 13 hace referencia explícita a la interrelación entre teoría y práctica profesional, incide en la "mejor capacitación del personal, la formación basada en las competencias.., la pertinencia de los planes de estudios, las posibilidades de empleo de los diplomados, el Espacio Europeo de Educación Superior,...". Los Planes de Estudio como instrumento que organizan y vinculan la formación con las demandas sociales, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1393/2007, señala que "la nueva organización de las enseñanzas incrementará la empleabilidad de los titulados". Por consiguiente, adquieren gran protagonismo las asignaturas que lo conforman.

Por otra parte, en el Comunicado de la Conferencia de Ministros europeos responsables de educación superior, (Lovaina, 2009) muestra como fines de la educación superior: la preparación del alumnado para la vida como ciudadanos activos en una sociedad democrática; formación para su carrera profesional futura y su desarrollo personal; creación y mantenimiento de una base de conocimiento y estimular la investigación y la innovación. Y, en este sentido, nos preguntamos por la formación inicial que aporta la universidad al Grado de Educación Social, que tiene una finalidad de intervención educativa para mejorar las condiciones de vida de la ciudadanía, y fortalecer la cohesión social mediante las aportaciones, cuestiones que son objeto también desde la investigación, función que se promueve y realiza en dicha institución académica.

El "Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social" (2004) puso de relieve que se había ido generando un nuevo espacio de acción profesional relacionado con la educación y el consumo de drogas, como se ponía de manifiesto en la asignatura de Practicum, señalaba que las toxicomanías se encontraban entre los nuevos yacimientos de empleo, afirmando que es un ámbito laboral emergente para esta titulación. La intervención relacionada con las drogodependencias en diferentes ámbitos y fases (prevención, proceso de tratamiento y de reinserción) es una de las funciones de la profesión, ya que de acuerdo con el citado "Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social" (2004, p.127) el educador social es "un agente de cambio social, dinamizador de grupos sociales a través de estrategias educativas que ayudan a los sujetos a comprender su entorno social, político, económico y cultural y a integrarse adecuadamente". Por lo que se reclama una formación específica que les capacite para llevar a cabo prácticas educativas en consonancia con las necesidades y demandas de la sociedad, como las relacionadas con el consumo de drogas. Otra cuestión es que la política universitaria y el personal docente se comprometa con esta situación, y que desde la universidad se facilite, al alumnado de Educación Social la formación adecuada para su profesionalización y acción, en espacios en los que tienen lugar sus prácticas educativas relacionadas

con las drogodependencias (centros educativos, comunidad, espacios de ocio y tiempo libre, organismos y centros especializados, centros de salud, sistema judicial, prisiones, etc.); y, por otra parte, que quienes se forman en Educación Social, a su vez, se impliquen para explorar nuevas posibilidades de acción educativa en estas cuestiones sociales, que son dinámicas y cambiantes.

La "Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016" incide en el ámbito de la formación, considerándola una dimensión básica y el medio idóneo para alcanzar una calidad en todos los ámbitos de actuación relacionados con las drogodependencias. Con ella se pretende la mejora de la calidad de todas las intervenciones y actuaciones contempladas en la Estrategia, de manera preferente las relacionadas con la reducción de la demanda. Se trata, pues, de contribuir a la mejora de las competencias profesionales de quienes desarrollan su trabajo especialmente, en los contexto concretos donde se realicen actuaciones destinadas a la promoción de estilos de vida saludables y a la difusión de contenidos relacionados con un mejor desarrollo de la salud en la comunidad (centros educativos, de recursos sociales y de salud, etc.). En el primer Plan de Acción 2009-2012, encontramos que las acciones para la mejora de la calidad en todos los ámbitos hacen referencia explícitamente a "Promover la inclusión de materias relacionadas con las drogodependencias en el curriculum de los estudios sanitarios, sociales y educativos". Por primera vez, se hace referencia a la formación inicial de profesionales, pero el desafío sigue siendo el incorporarlo a los planes de estudio, en nuestro caso, de los títulos de educación, como veremos en esta investigación.

La Educación Social: titulación universitaria

La Educación Social como titulación prepara para una profesión que se materializa mediante prácticas educativas, y como titulación justifica unos planes de estudio que capacitan al alumnado, mediante las diferentes disciplinas que lo conforman. Las disciplinas como conjunto organizado de conocimientos sobre situaciones, hechos, datos, observaciones, sensaciones y percepciones que constituyen elementos básicos del conocimiento o el origen de donde éste se deriva (Sandín, 2005), evolucionan transformando sus paradigmas, reenfocando sus objetos de estudio o ensayando nuevos procedimientos de indagación hasta generar nuevas disciplinas o crear campos de conocimiento interdisciplinares y transdiciplinares (Morin, 2001), como sucede con la cuestión de las drogodependencias. La disciplina es pues un objeto científico y cultural en continua transformación, lo que obliga al profesorado a estar en un proceso permanente de revisión de sus concepciones y metodologías. Como afirma Viñao (2007) la organización del trabajo académico está determinada tanto por las características de las instituciones educativas, como por los rasgos propios de cada disciplina científica. La cultura institucional universitaria posee sus propias normas, historia y patrones habituales de comportamiento, sedimentados a lo largo del tiempo en forma de tradiciones y reglas de juego no cuestionadas, pero compartidas por sus actores, que determinarán, en gran medida, lo que en ella suceda.

La Red Europea de Garantía de Calidad en la Educación Superior, en el documento Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ENQA, 2005) señala entre los criterios y directrices que garantizan la calidad de programas y títulos: a) el desarrollo y la publicación de los resultados esperados del proceso de aprendizaje; b) una atención meticulosa al diseño y contenido del plan de estudios y del programa. Por ello, y de acuerdo con las demandas y necesidades de la sociedad, es preciso incorporar las cuestiones vinculadas al consumo de drogas en los planes de estudio de Educación Social, superando su ausencia o presencia testimonial. Máximo cuando la propia naturaleza del mismo contempla la formación de profesionales de la acción socioeducativa que promuevan y dinamicen actuaciones orientadas a la comprensión y transformación de realidades sociales y personales que promuevan su calidad de vida.

Desde su creación, como titulación, (Real Decreto 1420/91) contemplaba al educador en los campos de la educación no formal, educación de adultos –incluida la tercera edad- inserción social de personas inadaptadas y de minusválidos. El profesor Ruiz Berrio (1999b, p. 5), defiende la creación de la titulación en Educación Social porque responde a "una realidad que desde la década de los ochenta venían reclamando los estudiosos en particular y la sociedad en general, dado que existía una auténtica y moderna 'educación social', generada por las nuevas estructuras económicas, los nuevos niveles de

democratización, la existencia masiva de ocio y tiempo libre, y el primer desarrollo de una 'sociedad del bienestar". La importancia social y profesional de promover y potenciar la formación en drogodependencias, en el Grado en Educación Social, se fundamenta en la propia naturaleza de la titulación que pretende la capacitación, de quienes en el futuro ejercerán esta profesión, para que puedan dar respuestas educativas a las problemáticas de desigualdad, discriminación y exclusión (Bas-Peña, Pérez-de-Guzmán y Vargas-Vergara, 2014).

Es preciso indicar que las competencias desarrolladas en este Grado no tienen por objeto el estudio de las sustancias, ya sean legales o ilegales, sino que se ocupan de las causas que llevan a las personas a consumirlas y de las consecuencias personales, familiares y profesionales derivadas de su consumo, así como de promover vínculos sociales que impidan su inicio o adicción, para conseguir una vida libre de la dependencia que éstas generan. Su acción educativa, como profesión social, se orienta a potenciar las relaciones "con" y "entre" las personas que se pueden encontrar en situaciones de conflicto personal, familiar, social, para evitar que acudan al consumo de drogas como solución a los mismos; es decir, se dedican a promover sociabilidad, a crear y forjar vínculos sociales, promover la comunicación interhumana, activar la cooperación entre la ciudadanía, generar relaciones e interacciones y a mantener vivo el tejido social (García Roca, 2000). Prácticas y procesos que tienen que ver con quienes se encuentran en situaciones de dificultad, que viven en lugares donde el consumo y tráfico de drogas forma parte de su entorno vital, aunque no sean aún consumidores, o sumergidos en uno o varios tipos de adicción por diferentes motivos.

A finales del siglo XX se desarrollaron las teorías donde se apoya la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas, para intentar controlar y reducir el impacto de los factores de riesgo presentes en el contexto, la familia, el centro educativo y la propia persona. Y, "aunque las teorías están suficientemente contrastadas, los programas preventivos que surgen en base a ellas, no tienen una eficacia y eficiencia adecuada, quedando muchas variables de riesgo sin cubrir o en las que el efecto no es lo positivo que se esperaba, por lo que los resultados en el consumo de sustancias se encuentra estancado" (García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez Pertusa y Marzo Campos, 2013, p. 91), lo que exige una formación apropiada que subsane los desajustes entre las aportaciones de las investigaciones y el diseño y desarrollo de las acciones correspondientes.

Además, para desarrollar e implementar las mejores prácticas en materia de prevención de drogas en Europa, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ha publicado la primera guía para poner en marcha programas de prevención de drogas de "alta calidad", con el título Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: un manual para profesionales de la prevención (European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals) , y ello implica una formación pertinente que permita su aplicación. En la guía se definen los pasos necesarios para la planificación, ejecución y evaluación de las prácticas en prevención de drogas, a la vez que se detallan las recomendaciones a tener en cuenta en todos los aspectos del trabajo de campo: la evaluación de necesidades y recursos, la planificación de programas, el diseño de la intervención, la gestión de recursos, la ejecución, el seguimiento y la evaluación, la difusión, la financiación, la participación de los interesados, el personal y los aspectos éticos. Asimismo, el manual contempla las implicaciones de estas recomendaciones a nivel práctico, teniendo en cuenta los diferentes contextos profesionales, políticos y estructurales que conforman el territorio europeo.

La Educación Social: una profesión social

Las diferentes definiciones sobre profesión coinciden en señalar la importancia de la formación para adquirir conocimientos abstractos y especializados, destrezas, pericias,... para hacer frente a determinado tipo de problemas, vinculadas a un campo de conocimiento especifico, las cuales se adquieren en la Universidad (Wilensky, 1964; Siegrist, 1990; Freidson, 2001). Actualmente "no existe una receta universal de cómo ser un profesional; no hay, como postula el taylorismo, un one best way para organizar el trabajo profesional y tampoco hay una definición única de lo que es un grupo profesional" (Panaia, 2008, p. 10). Pero, las diferentes definiciones sobre profesión coinciden en señalar la importancia de la formación universitaria para adquirir conocimientos abstractos y especializados, destrezas, pericias,... para hacer frente a determinados

problemas, entre los que se encuentran las drogodependencias.

Como sostiene García Roca, (2000, p. 313) "con los términos "profesiones sociales" aludimos a un campo multiprofesional que está vertebrado en torno a la acción social, tiene en común el servicio a las personas y se despliega en diversos perfiles: el asistente social, el educador social, el animador social, el pedagogo social, el psicólogo social y el comunicador social……". En ellas está inmerso el impulso de lo vivo, cuyo secreto es la capacidad de generar significados y vincularse a personas singulares, a los entornos vitales: actuar es siempre actuar con otros (García Roca, 2001, Arent, 1998), de no ser así, no sería posible la relación y vinculación con los sujetos en sus travesías vitales, el proceso de acompañamiento para que cada persona pueda tomar las riendas de su vida. Trabajar para retrasar o evitar la adicción, el abuso de bebidas alcohólicas, la vulnerabilidad y otros acontecimientos, es trabajar por crear vínculos interpersonales satisfactorios, relaciones, redes, para quienes sufren y necesitan ayuda profesional. Eso significa crear lazos como resultado de la comunicación y la interacción, de una práctica profesional que se desarrolla como un proceso en el que se tiene en cuenta y se requiere la concordancia de quienes participan.

ASEDES, (2007, p. 5) manifiesta que

> la Educación Social es un derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas que son del ámbito de competencia del educador social y que posibilitan: a) la incorporación de los sujetos de la educación a la diversidad de las redes sociales, tanto en lo concerniente al desarrollo de la sociabilidad como a las posibilidades de circulación social; b) la promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de adquisición de bienes culturales que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.

En definitiva, quienes se dedican a la profesión de Educación Social, pueden, como manifiesta Savater (1992), facilitar que la gente aprenda a vivir mejor; y vivir mejor significa tener capacidad de decidir, de escoger, ser libres, tener gusto moral, tener gusto ético, decidir de acuerdo con principios y no decidir sin tener en cuenta los principios.

La educación social ofrece siempre soportes culturales, socializadores, y en este sentido ejerce una función especializada, que el educador o educadora social puede desempeñar cuando trabaje en drogodependencias, pues dejar de consumir drogas no es un acto, es un proceso, como señalan Prochaska y DiClemente (1992). Y, la Educación Social puede aportar respuestas a estas situaciones mediante la formación de profesionales, el trabajo en equipo e interdisciplinar, la integración de experiencias, etc. Nos encontramos ante un problema social multicausal que precisa la acción conjunta y coordinada de diferentes agentes (sanitarios, educativos, sociales, familiares,…) para reflexionar sobre cómo actuar en las diferentes etapas de acuerdo con las evidencias científicas de las investigaciones, así como sobre la relación educativa más adecuada que conviene establecer, las formas y modos pertinentes ante cada caso. Aspectos complejos que demandan una atención especializada y específica, sin que ello suponga la fragmentación del conocimiento, sino todo lo contrario, la articulación entre las partes y las totalidades, de forma que posibilite un modo de conocimiento capaz de aprehender los objetos dentro de sus contextos, su complejidad y sus conjuntos (Morin, 2001), promoviendo intervenciones que contribuyan a la mejora o solución de los diferentes problemas que subyacen en el consumo de drogas.

Es evidente que la intervención de profesionales de la Educación Social en el campo de la drogadicción ha sido tardía, sin embargo, la reacción de la opinión pública no se ha dejado esperar, reclaman sin dilaciones medidas preventivas y asistenciales a todos los organismos con competencias en este problema. La cuestión ahora es revisar cómo han contemplado los actuales títulos de Grado las materias sobre educación y drogodependencias.

Los Planes de Estudio de Educación Social

Los planes de estudio están constituidos por las disciplinas, materias o asignaturas que "son una de las creaciones más genuinas de la cultura escolar. Muestran su poder creativo. Poseen, además, su propia historia. No son, pues, entidades abstractas con una esencia

universal y estática. Nacen y evolucionan. Se transforman o desaparecen, se desgajan y se unen, se rechazan y se absorben. Cambian sus denominaciones, modifican sus contenidos. Son, así vistas, organismos vivos" (Viñao, 2000, p. 60). Por consiguiente, lo que se enseña y aprende está, en gran medida, condicionado por el curriculum de cada una de las materias de la carrera que, a la vez, es dinámico y también está influenciado por los cambios sociales, económicos, culturales y científicos, que generan nuevas necesidades. En el caso de la intervención educativa en drogodependencias necesita ser revisada continuamente, ya que las relaciones de las personas con las sustancias adquieren formas diferentes, lo mismo sucede con las causas que promueven estas relaciones y sus repercusiones. Recordemos con Freixa (1982) que las drogodependencias son el resultado conflictivo de la interrelación entre: sujeto, contexto y sustancia, y ni todos los sujetos son iguales, ni tampoco los contextos, ni por supuesto las sustancias. Proporcionar una formación básica en estas cuestiones es fundamental para el desarrollo profesional de los educadores y educadoras sociales, interesados y comprometidos profesionalmente con este problema social.

La inclusión curricular en los planes de estudio está justificada tanto legalmente, como social y científicamente (Bas,2005, Burkhart, 2002; Bas, 2006; Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana, 2010; Calafaf, 2009; Calafat Far, Juan Jerez y Duch, 2011), pues "la conducta adictiva se configura por una peculiar composición multifactorial que sigue dificultando el encontrar variables que expliquen su iniciación y consolidación en porcentajes altos, lo que implica necesariamente recurrir a diferentes estrategias y constructos que puedan hacer más eficiente el resultado final" (Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez, y Motos, 2011, p. 180).

Además, la necesidad de formación universitaria en drogodependencias es una prioridad recogida en la Estrategia 2009-2016, del Plan Nacional sobre Drogas. Entre los principios rectores encontramos "la consideración de la evidencia científica", señala que las intervenciones se definirán, priorizarán y desarrollarán de acuerdo con ella. Indica la necesidad de priorizar la investigación educativa, en este campo, y contempla la formación como una dimensión básica y la vía ideal para alcanzar una calidad en todas las actuaciones relacionadas con las drogodependencias, de manera preferente las vinculadas con la reducción de la demanda. Otro aspecto relevante es el interés por potenciar la transmisión y difusión de los conocimientos, en las áreas científica y social.

Sin embargo, la carencia de formación inicial universitaria de los futuros profesionales de la educación es evidente, y lo mismo sucede con la escasez de investigación educativa. La limitada presencia de asignaturas sobre drogas en las titulaciones de educación es una realidad. Por ejemplo, en el análisis sobre los planes de estudio de la Diplomatura de Educación Social, se comprobó que la titulación se impartía en 34 centros, correspondientes a 31 Universidades, y asignaturas sobre drogas sólo se contemplaba en 13 de los 34 centros, en todas ellas era Optativa, por lo que su presencia y continuidad en la formación básica era mínima (Bas Peña, 2005). Mientras esto sucedía en los planes de estudio, se incrementaba la demanda social y científica sobre la necesidad de intervención educativa en esta problemática, y surge un espacio laboral desconocido para los educadores y educadoras sociales (ANECA, 2004). Actualmente, la situación con el Grado en Educación Social no ha mejorado como veremos a continuación.

Objetivo

Conocer la formación en drogodependencias del alumnado de las universidades españolas, en las que se imparte el título de Grado en Educación Social.

MÉTODO

De acuerdo con la finalidad de este trabajo, optamos por la Investigación documental porque permite la descripción, registro, análisis e interpretación de los planes de estudio. Además, facilita su estudio y el análisis de documentos, en nuestro caso de textos escritos, institucionales y públicos, ayudándonos a conocer en qué medida recogen un problema social como son las drogodependencias, y, por consiguiente, la formación de futuros profesionales de la Educación Social, en las 36 universidades españolas en las que se oferta este título (29 públicas y 7 privadas), pues, como se ha indicado, se trata de una titulación que nace también para dar respuestas educativas a problemas,

que como las drogodependencias, afectan de diferente forma a la población.

Las fuentes documentales son aquellas que contienen o nos dicen cómo o dónde encontrar documentos, constituyen los medios que permiten, a quienes investigamos, acceder al cuerpo de conocimientos sobre el tema objeto de estudio, facilitando la generación de nuevos saberes. En nuestro caso, hemos utilizado la pág web del Ministerio de Educación para acceder a todas las universidades e identificar las que ofertaban el Grado en Educación Social. Obtenida esta información, accedimos a las páginas web de las respectivas Facultades, en las que se imparte dicha titulación, para conocer las asignaturas del plan de estudios y las guías docentes correspondientes, que nos permitieran identificar las asignaturas especificas y sus contenidos, como otras que incluyeran temas y aspectos vinculados a nuestro objeto de estudio. Estos documentos, planes de estudios y guías docentes, se convierten en testimonios que nos proporcionan información valiosa para la investigación social, son elementos de conocimiento o fuente de información privilegiada.

Utilizamos la técnica de análisis de contenido que autores como Berelson (1952), Pinto y Grawitz (1967), Mayntz, Holm y Hübner (1980), Pérez Serrano (1984) o Krippendorf, (1990) coinciden en definirla como una técnica de investigación que permite identificar y describir de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa las comunicaciones, en nuestro caso, el contenido de textos, es decir, de los planes de estudio y sus guías docentes, con la finalidad de poder interpretarlos y obtener conclusiones. Serrano Pastor (1999) la considera como uno de los procedimientos analíticos, teórico y metodológico que, con diferentes planteamientos, han tratado de dar respuesta a la compleja tarea de analizar de una forma sistemática el material cualitativo de la investigación. E igualmente, Krippendorf, (1990) la defiende como una técnica oportuna en las investigaciones sociales para el análisis de documentos, de las funciones que estos tienen en el ámbito en que se encuentran, y sus consecuencias. Por consiguiente, se presenta como una técnica versátil y equilibrada, ya que se sitúa en un punto intermedio entre las técnicas cualitativas y cuantitativas.

Se han estudiado todos los planes de estudio de los títulos de Grado en Educación Social, de las universidades españolas (36), tanto públicas como privadas, a fecha de junio de 2013, y disponibles en la página web de las respectivas Facultades.

Para la recogida de datos realizamos una ficha por universidad y titulación. Los aspectos a seleccionar en cada ficha fueron: nombre de la universidad, título de la asignatura, tipo de asignatura (Obligatoria u Optativa), número de créditos, temas impartidos relacionados con droga, drogodependencias, adicción. A continuación, clasificamos las asignaturas en dos categorías, aquellas que en el título incluía la palabra drogodependencia, droga, drogadicción o drogodependiente (que llamamos especificas), de las que no las incluían. En el primer caso, tramos de conocer el número de asignaturas especificas, el tipo de asignatura (Obligatoria u Optativa), los créditos asignados, así como los aspectos tratados; y, en el segundo, analizamos si se trabajan cuestiones vinculadas a nuestro objeto de estudio, bien como temas concretos o como contenidos dentro de un tema, y las características de estas materias. Una dificultad con la que nos encontramos fue el hecho de no todas las Facultades tienen publicadas sus Guías docentes.

RESULTADOS

La recogida de datos, de los planes de estudio, se ha realizado mediante un análisis detenido de cada una de las asignaturas presentes en el citado Grado. A continuación presentamos cómo se contemplan las materias sobre educación y drogodependencias en los actuales Grados en Educación Social.

Los datos muestran que de los 36 centros en los que se ofrece esta titulación sólo se ofertan nueve asignaturas, en nueve centros, en siete casos son asignaturas especificas (tres asignaturas Obligatorias y cuatro Optativas), y en dos, asignaturas optativas, que hacen referencia explícita a los contenidos objeto de estudio, pero no los contemplan en su título, sino como un temas. En todos los casos son materias de seis créditos.

Tabla 1. Materias sobre educación y drogodependencias en los actuales Grados en Educación Social

Universidad	Asignatura	Tip. Asig. *	Nº Créd.	Temas relacionados con droga. Drogodependencia. Adicción.
1. Alcalá. Centro UniversitarioCardenal Cisneros (CUCC). Adscrito	1. Prevención e intervención de drogodependencias.	Opt.	6	Bloque 1: Bases científicas sobre el fenómeno de las drogas. Tema 1. Delimitación conceptual: las drogas y las relaciones con ellas. Tema 2. Clasificación de drogas y sus efectos. Bloque 2: Fundamentos teóricos para la prevención e intervención en drogodependencias. Tema 3. Factores de riesgo y protección frente al consumo de las drogas. Tema 4. Niveles y ámbitos de actuación en Drogodependencias. Bloque 3: El educador social y la intervención. Tema 5. Programas y recursos en drogodependencias. Tema 6. El educador social en el ámbito de las drogodependencias http://www.cardenalcisneros.es/sites/default/files/guias/GD%20OPTATIVAS%20SOCIAL%2013-14/560030%20PREVENCI%C3%93N%20EN%
2. Católica San Vicente Martín. Valencia. (Privada)	2. Intervención socioeducativa en drogodependencia.	Ob.	6	1. Fundamentos de la Conducta Adictiva. - Conceptos Básicos. - Tipología. Clasificación de las sustancias y sus efectos. - Bases Fisiológicas de la Conducta Adictiva. - Bases Psicológicas de la Conducta Adictiva. - Modelos Teóricos explicativos. 2. Factores de Riesgo y Protección. - Causas del consumo. - Factores de Riesgo. - Factores de Protección. 3. Prevención en Conductas Adictivas. - Objetivos y estrategias en Prevención. - Reducción de la Oferta y la Demanda. - Niveles y ámbitos en prevención. - Principales programas de Prevención. 4. Intervención y tratamiento de la Conducta Adictiva. - ¿Que es la intervención en drogodependencias? - Red asistencial. - Principales corrientes psicológicas en la intervención. - Modelo transteórico de Cambio. - Entrevista Motivacional. https://www.ucv.es/estudios_plan_guias.asp?t=122&g=2&a=1&f=1
3. Complutense de Madrid (Pública)	3. Prevención y tratamiento educativo de las drogodependencias.	Opt.	6	1. Contracultura y cultura de drogas. Características y tendencias en el consumo de drogas. 2. Las drogas: concepto, clasificación y características. 3. Las drogodependencias como fenómeno multifactorial. 4. Factores de riesgo en el consumo de drogas y etiología de las drogodependencias. 5. La acción política ante el problema de las drogodependencias y el campo de acción de las organizaciones no gubernamentales. 6. El estudio de las drogodependencias desde la perspectiva pedagógica. 7. La prevención: concepto, objetivos, modalidades y criterios. 8. La prevención en el ámbito escolar. 9. La prevención en el ámbito familiar. 10. La prevención en el ámbito comunitario. 11. Directrices para la elaboración de programas de prevención. 12. Programas libres de drogas y programas de reducción de daños. 13. Los centros de atención a las drogodependencias. 14. Recursos de apoyo en programas libres de drogas y otros recursos asistenciales. 15. Programas de intervención y actividades en el tratamiento.

				16. La educación en el ámbito de las drogodependencias: posibilidades y límites. http://pendientedemigracion.ucm.es/?a=estudios&d=titasignatura&anyo=2011-12&plan=0813&asig=800261
4. Islas Baleares (Pública)	4. Intervención socioeducativa en drogodependencias.	Ob.	6	1. Marco sociocultural de las drogas. 2. Las drogas y las drogodependencias. 3. La contextualización del uso de drogas en el momento actual. 4. Planes y recursos sobre drogodependencias 5. La educación social y las drogodependencias 6. La prevención: teorías, conceptos enfoques 7. El punto de partida: factores de riesgo y protección. 8. Tipología de programas de prevención. 9. Intervención socioeducativa a través de programas preventivos. 10. El educador social en el tratamiento de la drogodependencia. 11. La Entrevista Motivacional y el Modelo Transteórico del Cambio. 12. El Modelo Integrador en drogodependencias 13. Tipología de programas en drogodependencias y los recursos que disponemos. 14. Los programas de Reducción de daños y riesgos. http://www.uib.es/guia_docent/2011-12/22323/1/ca/guia_docent.pdf
5. La Coruña	Desarrollo y prevención de conductas adictivas.	Opt.	6	1. Enfoques preventivos en drogodependencias. 2. La adolescencia como población de riesgo en la iniciación de conductas adictivas. 3. La prevalencia de la conducta tabáquica, el alcohol y la marihuana. 4. Los programas preventivos y su eficacia. http://www.udc.es/ensino/detalleEstudio/index.html?page=Cod_Materia&codigo=652G03V01&codigoMateria=652G03035
6. Palmas de Gran Canaria (Pública)	Intervención socioeducativa para la promoción de hábitos de vida saludable y reeducación de adicciones.	Opt.	6	CONTENIDOS VINCLULADOS AL BLOQUE 2. INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA PARA LA REEDUCACIÓN DE ADICCIONES. 1. Drogas: delimitación conceptual y conceptos básicos asociados. 2. Educar para reducir la demanda de drogas I: La prevención del abuso y de la dependencia. 3. Educar para reducir la demanda de drogas II: El tratamiento de la drogodependencia. http://www.ulpgc.es/index.php?asignatura=4018400041839&ver=temario&id_proyecto=40443
7. Málaga (Pública)	5. Intervención socioeducativa en drogodependencias.	Opt.	6	No está disponible la guía docente en la web: http://www.uma.es/grado-en-educacion-social
8. Murcia (Pública)	6. Educación, prevención y tratamiento de las drogodependencias	Opt.	6	Bloque I: Bloque 0 Tema 1. Conceptos básicos. Tema 2. Sociedad, educación y drogodependencias. Educación. Acción. Intervención. Problema. Tema 3. Adicciones y percepción de riesgo. Clasificación de las adicciones. Tema 4 Los educadores y educadoras sociales ante las drogodependencias. Aportaciones de la investigación. Bloque II. Intervención en drogodependencias. Tema 5. Intervención educativa en drogodependencias: Prevención, tratamiento y reinserción. Conceptos básicos. Posibilidades de acción educativa. Tema 6. Las políticas sobre drogas en la Unión Europea y en España. Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT), Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informes. Base de datos EDDRA. Programas sobre drogas en la CARM. Bloque III. Programas. Tema 7. Programas de intervención con diferentes grupos humanos. Estrategias, recursos y técnicas de intervención socioeducativa. Diseño de acciones. Tema 8. Intervención en los escenarios: Familiar. Escolar. Comunitario. Laboral. Diseño de Programas. Tema 9. Género y drogodependencias. http://www.um.es/web/educacion/contenido/estudios/grados/educacion-social/plan/asignaturas
9. Pontificia Salamanca (Privada)	7. Población reclusa, excluida. Drogadicción.	Ob.	6	2. Intervención educativa y social en la drogodependencia. 3. Adicción a la droga. http://www.upsa.es/estudios/materias/detalle/detallemateria.php?codasig=101220017

La universidad Católica San Vicente Martín y la Pontificia de Salamanca son las únicas, de titularidad privada, que oferta formación en drogodependencias, y como materia "Obligatoria", por lo que el carácter de obligatoriedad está más presente en las universidades de titularidad privada que en las públicas, que solo se ofrece en la de las Islas Baleares. El resto de centros en los que se imparten estos contenidos son de titularidad pública y ofertan asignaturas optativas específicas las universidades de: Alcalá de Henares (Centro Adscrito, General Cisneros), Complutense de Madrid, La Coruña, Málaga y Murcia. En los centros de La Coruña y de Las Palmas de Gran Canaria incluyen contenidos, dentro de materias más globales. Cuatro temas en el primer caso y tres, en el segundo.

Otro aspecto relevante es la amplitud de aspectos que abordan dichas asignaturas, relacionados tanto con los contenidos específicos sobre prevención y reinserción, modelos teóricos, programas, etc., como con otros más generales relativos a las bases científicas sobre las drogas y su clasificación, los fundamentos de la conducta adictiva, contracultura y cultura de drogas, etc. Cuatro asignaturas incluyen en su título la palabra "prevención" junto con tratamiento o conductas adictivas, y, otras cuatro mencionan "intervención socioeducativa" vinculada a drogodependencias, sólo en un caso drogodependencias aparece junto a población reclusa, excluida. La diversidad y amplitud de contenidos propuestos, junto con la limitación del tiempo (seis créditos) son un indicador de que sólo se puede ofrecer una visión general, al menos introductoria y de sensibilización, que les permita seguir profundizando en esta línea formativa y de capacitación profesional. Además, la optatividad es relevante, de donde deducimos que la formación específica para hacer frente a este problema, desde la Educación Social, es prácticamente testimonial, de cara a su capacitación para insertarse en un mercado laboral emergente, como ponen de relieve los diferentes estudios, pues en etas fechas el consumo de drogas lejos de disminuir, se incrementa, a la vez que se reduce la edad de inicio, y aparecen nuevas formas de consumo. En este sentido, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) (2014) avisa del incremento del consumo de alcohol entre adolescentes y de las nuevas técnicas de ingesta. Un 77% de ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión, un 36,7% ha fumado tabaco y un 17% ha consumido cannabis. Afirman que la prevención de estas conductas de riesgo tiene que comenzar desde los primeros años e integrarse dentro de la formación general de la infancia y la adolescencia de una forma sistemática y continua.

DISCUSIÓN

En la actualidad sería conveniente plantearnos el tipo de profesionales de la Educación Social que pretendemos formar de acuerdo con la finalidad de la Educación Superior y las demandas y necesidades sociales, científicas, legales y laborales. Sería oportuno incorporar en esta titulación, formación sobre una problemática como las drogodependencias que afectan, de una u otra forma, a un amplio sector de la población, y, superar posibles intereses personales, económicos, académicos, de prestigio o reconocimiento, es decir, tanto motivos internos como externos que influyen en su diseño e implantación (Becher, Zabalza, 2002). Con ello, se contribuiría a la formación de profesionales demandados científicamente y necesarios social y laboralmente en diferentes entornos tanto los llamados normalizados como en los consumo ocasional o habitual, marginación, desventaja social, reinserción. Analizar las causas y consecuencias relacionadas con el consumo de drogas supone enfrentarse con situaciones complejas que no tienen una única respuesta, pues entran en juegos diversidad de cuestiones vinculadas tanto con los aspectos fisiológicos, como con los culturales, afectivos, emocionales, y cuestiones como la posible ausencia de un proyecto de vida, la soledad, discriminación, el rechazo, la exclusión de diferentes formas, la pérdida de valores, de hábitos de convivencia, del sentido de la vida por diferentes causas, que pueden llevar a la persona a la adicción a las sustancias. Ante esta realidad, como personas responsables y comprometidas con los principios éticos del desarrollo humano, es imposible permanecer ciegas, sordas, mudas y quietas, y tampoco se puede omitir como profesionales de la educación universitaria, máxime cuando lo peculiar del momento histórico que estamos viviendo es la fuerte tendencia a la construcción social de un escenario caracterizado por el aumento significativo de la desigualdad y de la exclusión social,

situaciones que están rompiendo objetivamente las condiciones de educabilidad de las personas de origen social desfavorecido (Tedesco, 2003), que, a la vez, pueden dar lugar, por diferentes motivos, al inicio en el consumo de drogas.

Coincidimos con Mayor Zaragoza, (2001, p. 46) cuando afirma que "la universidad debe abrirse asimismo al mundo profesional y tener en cuenta las necesidades reales de la sociedad", como los relacionados con las toxicomanías, tanto en los aspectos económicos-laborales como en los sociales, por lo que la incorporación de materias relacionadas con las drogodependencias, en los planes de estudio de Educación Social, respondería a las finalidades de la universidad como un servicio público mediante la docencia y la investigación en este campo. Sin embargo, los datos nos muestran una escasa presencia, por lo que apenas se ajustan a las demandas reales de la sociedad, de la investigación sobre los nuevos yacimientos de empleo, como hemos señalada en páginas anteriores. Además, esta ausencia de formación se aleja de las necesidades de profesionalización del colectivo de educadores y educadoras sociales, para su incorporación laboral. La propia universidad sufre una falta de adaptación a los nuevos tiempos que corren, siendo acusada de ensimismamiento y de no responder educativamente a los nuevos retos, tanto docentes como de investigación aplicada (Alonso, Fernández Rodríguez y Nyssen, 2009), como sucede en el tema que nos ocupa.

Algunas personas pueden cuestionar la conveniencia de esta formación específica, al indicar que pueden ser contenidos tratados desde otras materias Básicas, Obligatorias u Optativas de forma general, aunque no aparezca en el título o en un tema concreto; pero ello, como sabemos, depende, en gran medida, de la interpretación que realice el profesorado, de su compromiso y formación con este problema, de la forma de tratarlos en la guía docente y en el aula. También, se puede indicar que se tratan estas cuestiones de forma transversal en muchas de ellas; pero, en realidad, no existe garantía de plantear estos asuntos de forma continua y sistemática en el currículo de Educación Social más allá de las materias que la incluyan de manera explícita, aunque sea unido a otros conceptos, con muchos aspectos que tratar y poco tiempo para apenas abrir algunas ventanas e introducirnos en un mundo complejo y desconocido, en el que se entrecruzan multitud de aspectos conceptuales, ideológicos, culturales, académicos, personales, familiares, etc. En estos casos, tenemos que hacer referencia a las aportaciones científicas que reclaman una acción continuada que promueva la reflexión y la adquisición de competencias, algo que no es posible lograr, por acciones ocasionales. Una vez más, la distancia entre los intereses de los profesionales universitarios y las cuestiones sociales candentes, como el que nos ocupa, mantienen sus tradicionales desencuentros, a pesar de las grandes declaraciones de intenciones. Lo cierto es la escasa presencia de formación en drogodependencias en el actual Grado de Educación Social.

Si somos coherentes con los discursos respecto a la urgencia de interrelación entre la universidad y las cuestiones sociales relevantes que afectan a la población, se debería contemplar estos temas en los planes de estudio, máxime cuando el Estado cuenta con políticas sociales concretas sobre drogodependencias, alude a la formación universitaria para hacerles frente, y se cuenta con un mercado laboral que reclama profesionales para trabajar en este campo profesional, como pone de relieve la Red de Educación y el Libro Blanco de Pedagogía y Educación Social. Además, sería conveniente investigar la presencia de educadores y educadoras sociales que trabajan en este campo, su formación, su satisfacción respecto a la formación recibida, sus propuestas de mejora, las competencias requeridas y las adquiridas mediante la formación inicial, las adquiridas durante el ejercicio profesional, etc. Líneas de investigación abierta y sugerente para superar la crisis de confianza de diferentes sectores sociales y laborales, en el conocimiento profesional (Schön, 2002).

En definitiva, sin pretender convertir los contenidos sobre educación y drogodependencias en el eje de la formación, si consideramos pertinente su presencia, debido a que las drogodependencias son el resultado conflictivo de la interrelación entre sujeto, sustancia y contexto, y la Educación Social, es una profesión social que se ocupa de las relaciones entre las personas, en generar vínculos sociales y promover la calidad de vida.

REFERENCIAS

Alonso, L. E., Fernández Rodríguez, C. J. y Nyssen, J. M. (2009). El debate sobre las competencias: una investigación cualitativa en torno a la educación superior y el mercado de trabajo en España. Madrid: ANECA. ISBN: 978-84-691-7394-7

ANECA (2004). Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social. Recuperado de http://www.aneca.es/var/media/150392/libroblanco_pedagogia1_0305.pdf

Arent, H. (1998). La condición humana. Barcelona: Paidós.

ASEDES. (2007). Catálogo de funciones y competencias. Madrid: Asociación Estatal de Educación Social -ASEDES.

Barraycoa, J., & Lasaga, O. (2010). La competencia de trabajo en equipo: más allá del corta y pega. Vivat Academia, 111, 1-5.

Bas Peña, E. (2005). Intervención socioeducativa de los educadores sociales en una sociedad interdependiente: formación pre-grado en drogodependencias. Revista Española de Drogodependencias, 30(1-2), 138-158.

- (2005). Educación Social: Planes de estudio y drogodependencias. Salud y Droga, Vol. 5, nº.1, p. 99- 118.

- (2006). Educación Social. Formación basada en competencias e incorporación laboral. Revista Española de Drogodependencias, 31 (3-4), 371-386.

Bas-Peña, Encarna, Pérez-de-Guzmán, Victoria y Vargas-Vergara, Montserrat (2014). Educación y Género: La formación de los educadores y educadoras sociales. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 23 95-120. DOI: 10.7179/PSRI_2014.23.05

Becher, T. (2001). Tribus y territorios académicos: la indagación intelectual y las culturas de las disciplinas. Barcelona: Gedisa.

Berelson, B. (1952). Content Analysis En: Handbook of Social Psychology Vol I. Nueva-York.

Burkhart, G. (2002). Intervenciones en la primera infancia: Posibilidades y experiencias en Europa. En Vega, A. (coord.), Drogas, Qué política para qué prevención. San Sebastián: Gakoa.

Calafat, A., Juan, M., & Duch, M. A. (2009). Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión Preventive interventions in nightlife: a review. Adicciones, 21(4), 387-414.

Calafat Far, A. C., Jerez, M. J., & Moyá, M. À. D. (2011). Conductas de riesgo de jóvenes turistas españoles de vacaciones en Mallorca e Ibiza: consumo de alcohol, drogas y otros riesgos para la salud. Revista española de drogodependencias, (2), 137-148.

Comas, D. (1994). El educador social en drogodependencias. En Muñoz Sedano, A. El educador social: profesión y formación universitaria: Semana de Educación Social. Madrid: Popular.

Constitución Española. (1978). Recuperado de: http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/

Cortés, M., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. Health and Addictions / Salud y Drogas, Vol. 11, nº 2, pp. 179-202

DECLARACIÓN, D. L. (2009, April). El proceso de Bolonia 2020—El Espacio Europeo de Educación Superior en la nueva década. In Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior. Recuperado de

http://www.eees.es/pdf/Leuven_Louvain-la-Neuve_Communique_April_2009.pdf

Freidson, E. (2001). Professionalism. The third logic. Cambridge: Polity Press.

Freixa, F. (1982). El fenómeno droga. Barcelona: Salvat.

García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, A., Gázquez Pertusa, M. y Marzo Campos, J. C. (2013).La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. Health and Addictions, Vol. 13, No.2, 89-97

García Roca, J. (2000). Trabajo Social. En Cortina, A. y Conill, J. 10 palabras clave en ética de las profesiones. Editorial Verbo Divino.

- (2001) La navegación y la fisonomía del naufragio. El aspecto moral de las profesiones sociales. En Kisnerman, N. (comp.), Ética ¿un discurso o una práctica social?. Buenos Aires: Paidós.

Krippendorf, K. (1990). Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós.

Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. BOE. 209, 24034 a 24042.

Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE. 307, 49400 – 49425.

Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE, 89, 16241-16260.

Mayntz, R., Holm, K. y Hübner,P. (1980). Introducción a los métodos de la sociología empírica. Alianza Editorial: Madrid.

Mayor Zaragoza, F. (2001). Cultura de Paz. En Bizquerra, R. et al., La responsabilidad social en la educación. XIX Jornadas Interdisciplinares. Barcelona: Ámbito María Corral.

Morin, E. (2001). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós.

Ortega y Gasset, J. (1030). Obras completas, Vol. IV. Misión de la universidad, (pp.531-562). Madrid: Revista de Occidente.

Panaia, M. (2008). Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. Colección de documentos de proyectos. CEPAL.

Pantoja Vargas, L. y Añaños Bedriñana, F. (2010). Actuaciones socioeducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con las drogas. Reflexiones críticas. Pedagogía Social. Revista interuniversitaria, nº. 17, pp.109-122.

Pérez Serrano, G. (1984). El análisis de contenido de la prensa. La imagen de la Universidad a Distancia. Madrid: UNED.

Pinto, R., & Grawitz, M. (1967). Analyse de contenu et theorie. Méthodes des sciences sociales, 456-499. Paris: Dalloz.

Prochaska J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. Am Psychol, 47:1102.

Red Europea de Garantía de Calidad en la Educación Superior (ENQA, 2005). Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior. Recuperado de http://www.enqa.eu/files/ESG%20version%20ESP.pdf

Ruiz Berrio, J. (1999). Introducción a la Historia de la Educación Social en España. Revista de Historia de la Educación, 18, pp. 5-11.

Sandín, M.P. (2005). Retos actuales de la formación en investigación cualitativa en educación. Conferencia de clausura del encuentro internacional de investigación cualitativa en educación. Educare. 10 (3), pp. 57-42.

Savater, F. (1992). Ética para Amador. Barcelona: Ariel.

Schön, D. (2002). La formación de profesionales reflexivos. Buenos Aires: Paidós.

Serrano Pastor F.J. (1999). Análisis de relatos. En Sáez et al. (coord.), Cuentos pedagógicos, relatos educativos. Murcia: Diego Marín.

Siegrist, H. (1990). Professionalization as a process: patterns, progression and discontinuity. En Burrage, M. and Torstendahl, R. (eds.), Professions in Theory and History: Rethinking the study of the professions (pp.177-202). London: Sage Publications.

Tedesco, J.C. (2003). Humanismo y educación". En M. L. Amigo y M. Cuenca (eds). Humanismo y valores (pp.377-388). Bilbao: Universidad de Deusto.

UNESCO (1998). Conferencia Mundial sobre la Enseñanza Superior. La educación superior en el siglo XXI. Visión y acción. Recuperado de http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116345s.pdf

Viñao Frago, A. (2000). Sistemas educativos, culturas escolares y reformas. Continuidades y cambios. Madrid: Morata.

- (2007). Reformas e innovaciones educativas en la España del primer tercio del siglo XX: la JAE como pretexto. Revista de Educación, 1, pp. 21-44.

Wilensky, H.L. (1964). The professionalization of Everyone?, American Journal of Sociology, nº 70.

Zabalza, M. A. (2002). La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas. Madrid: Narcea.