

Introducción

El consumo de drogas no es nuevo en la historia de la humanidad. En todas las sociedades se han utilizado drogas con fines distintos, ya sea como rituales de iniciación a la vida adulta, de culto religioso, como forma de evasión o de celebración, etc.

En la actualidad sin embargo, el fenómeno del consumo adquiere características diferenciales, no sólo por el incremento del consumo de sustancias hasta hace poco desconocidas en nuestro contexto cultural, sino también por la aparición de nuevos patrones de consumo. Otras características de los trastornos adictivos en nuestra sociedad actual son: el inicio precoz, el policonsumo, la desvinculación de las situaciones marginales y la aparición y/o aumento de los problemas derivados de conductas adictivas sin sustancias químicas o dependencias psicológicas (juego, compras, ejercicio, sexo, televisión, móvil, Internet, etc.). De estas conductas, en la población joven y especialmente en la universitaria tiene especial interés analizar el uso de videojuegos e internet; aunque existen criterios consensuados en la comunidad científica internacional para determinar cuando la conducta de jugar adquiere características de ser patológica, esta entidad aún no se incluye en las clasificaciones nosográficas en el capítulo de las adicciones, apareciendo en los manuales diagnósticos en el apartado de Trastornos en el control de impulsos, en vez de en el de Trastornos adictivos, a pesar de que se acepta universalmente su condición de adicción (López-Ibor Aliño y Valdés Miyar, 2002).

En el ámbito universitario, el consumo de alcohol y drogas podría tener también características diferenciales, ya que los estudiantes suelen asociarlo a momentos recreativos puntuales; así, hay varios estudios que aportan datos a los que debe prestársele interés, ya que dan cifras entorno al 12,7% de bebedores habituales, o más de la mitad de consumidores de cannabis al menos alguna vez, un 13,4% de cocaína, 10,6% de alucinógenos, un 9,1% de tranquilizantes y un 6,6% de sedantes/estimulantes (Gómez y Gómez, 2001; Sardón, Mirón, Canelo y Saenz, 2004). Otro estudio

(Viña y Herrero, 2004) muestra que seis de cada diez universitarios han probado alguna vez una droga ilegal, destacando que, en determinados entornos, el consumo se constituye como un factor de socialización que sirve a algunos estudiantes para exhibir su pertenencia a la universidad.

En el ámbito más cercano, y a la vez en el estudio más reciente del que disponemos, realizado en la Universidad de Huelva (Aguaded y Méndez, 2006), se concluye que los estudiantes señalan como razones para inicio del consumo el placer, la experimentación, el hacer algo prohibido o el acceso al contacto social, muy vinculado a las amistades. Considerando que en ese estudio la circunstancia “actualmente no consumo” registra porcentajes entre el 60% y el 70% para drogas como los tranquilizantes, drogas de diseño, cocaína y heroína, también apunta la necesidad de actuar sobre los principales factores de riesgo y fomentar la asesoría para reducir o abandonar el consumo.

Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol son un problema de salud pública de primera magnitud. Tienen una enorme trascendencia sanitaria, social y económica, mayor que la producida por el consumo de todas las demás drogas juntas. España es el sexto país del mundo en consumo de alcohol per cápita, el consumo de alcohol en los jóvenes de nuestra sociedad es una realidad preocupante en nuestros días. Entre los jóvenes españoles el consumo de alcohol posee unas características peculiares: se localiza en ámbitos públicos o lugares de diversión, se concentra en fin de semana y se centra en la cerveza y combinados como bebidas preferentes. (Gomez-Fragela 2008). El consumo de alcohol pasa a ser un componente esencial del tiempo de ocio de los jóvenes y existe una gran permisividad a nivel social al respecto. (Cortés, Espejo y Giménez, 2007; Jiménez-Muro Franco, 2009; Organización de Consumidores y Usuarios, 2009). Parece que se ha producido un cambio en los patrones de consumo de alcohol en los jóvenes, pasando del clásico mediterráneo al anglosajón.

La OMS recomienda la utilización de una medida de cantidad / frecuencia de consumo de alcohol semanal fácil de registrar, y para ello, propone la Unidad de Bebida Estándar (UBE). La Unidad de Bebida Estándar (Rodríguez Martos 2007) es una forma práctica, rápida y ampliamente aceptada de recoger los gramos de alcohol consumidos, precisando únicamente para su registro una tabla de equivalencias, en la que figuran la cantidad y el tipo de bebida alcohólica consumida. Con esta consideración, la OMS propone un modelo cuantitativo para la construcción de la historia natural del consumo de bebidas alcohólicas, en el cual se acepta como *consumo seguro para la salud* aquel que no sobrepasa las 21 UBE semanales en el hombre y las 14 en la mujer (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001). No existe consenso internacional en los puntos de corte que permiten catalogar a los bebedores cuando su ingesta semanal supera este consumo seguro, ni tampoco en la terminología que clasifica a estos bebedores problemáticos; a nivel español, se utilizan los puntos de corte y terminología para catalogar a los bebedores propuesta por el grupo de Alicia

Rodríguez Martos, que considera no sólo la cantidad de alcohol ingerida, sino otras variables clínicas y sociodemográficas que condicionan que el consumo de alcohol pueda ser perjudicial (Rodríguez Martos, 2007).

Además de considerar el consumo total a lo largo de una semana, hay que prestar especial atención a situaciones en las que la persona presenta *episodios de consumo intensivo* en los que ingiere una cantidad de alcohol igual o superior a 5 UBE en una sola sesión (equivalente al *binge drinking* de la literatura anglosajona). Este consumo, en un corto periodo de tiempo, lleva al sujeto a un grado variable de intoxicación y es esta situación la que está produciendo un aumento considerable de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, de ahí el interés de analizarlo en nuestra población universitaria.

Para actuar de forma precoz sobre las personas que presentan problemas de consumo de alcohol y consumo perjudicial se recomienda la utilización de instrumentos de cribaje estandarizados y validados que permita su utilización de forma sistematizada. Entre ellos, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT), ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para identificar a las personas con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol a lo largo del último año (Babor *et al.*, 1992; Babor *et al.*, 2001), y además ha sido validado en nuestro país para su utilización en diferentes contextos (Martínez Delgado, 1996; Rubio, 1998). Una vez identificados los consumos de riesgo y los problemas relacionados con el consumo de alcohol de forma precoz, procede intervenir sobre esta población; dentro de las estrategias preventivas han demostrado su eficacia las técnicas de consejo breve con *pautas de beber controlado* (Gual y Colom 2004). Estas pautas de beber controlado (*Beveu Menis* o *Programa Drinkless*) son consejos orientados a reducir el consumo de alcohol al sector de población bebedora que aun no ha desarrollado una dependencia al alcohol (ANEXO 3).

A la hora de estudiar las actitudes de los estudiantes frente al consumo de drogas hay que tener en cuenta que este concepto es complejo, así a modo de ejemplo representativo de un modo generalizado de enfocararlo, recogemos la definición de Jiménez Burillo (1980) que considera la actitud como “una predisposición a actuar, aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación y que incluye dimensiones cognitivas, afectivas o evaluativos y eventualmente, propiamente conductuales. Todo ello organizado no caóticamente, sino de una forma estructurada, sistemática, esto es, con unos elementos relacionados entre sí, de forma tal que el cambio en uno de ellos influye en los demás”.

Así pues, las actitudes tienen un componente cognitivo, es decir, unas ideas, opiniones o creencias sobre el objeto de la actitud; un componente afectivo o evaluativo íntimamente unido al anterior, en tanto que esas ideas o informaciones desencadenan en el sujeto una valoración positiva o negativa sobre el objeto; y una tendencia

hacia la conducta de aproximación o evitación del objeto en función de que el afecto/evaluación sea positivo o negativo.

Además de indicarnos en esa definición que los distintos elementos de una actitud están organizados entre sí, nos dice que están organizados y estructurados con otras actitudes relacionadas, de tal manera que si se modifica una actitud hacia un objeto, tiende a modificarse otra actitud hacia otro objeto relacionado, y, por tanto, la predisposición hacia la conducta de aproximación o evitación de ese objeto.

Pero la actitud no lo es todo en la prevención del consumo de drogas o de cualquier otra conducta. Según la Teoría de la Acción Planificada (Ajzen y Madden, 1986), la intención de hacer una conducta, como, por ejemplo, consumir drogas, viene determinada por: a) la intensidad de la actitud hacia el consumo, b) la fuerza de la norma subjetiva, es decir, la intensidad con la que vive el sujeto la tendencia a realizar lo que siente que los demás esperan que él haga en ese momento, y c) la valoración del control percibido de esa conducta, es decir, si siente que hay controles externos que dificultan o no esa conducta; por ejemplo, probabilidad de ser sometido a un test de alcoholemia o de consumo de drogas, multas u otros castigos, dificultad para conseguir la droga, etc. Por todo ello, no basta con analizar las actitudes propiamente dichas, sino que es preciso estudiar también la valoración de la norma subjetiva y el poder disuasorio del control percibido de la conducta de consumo.

Como ponen de manifiesto la mayoría de los estudios, existe un problema real entre los estudiantes universitarios que consumen ciertas sustancias, ya sean drogas legales o ilegales, por lo que tiene interés conocer cuáles son estas, ver en qué medida les afecta y cómo afrontar las consecuencias negativas derivadas. Paralelamente a la obtención de estos datos de carácter meramente epidemiológico, el proyecto también pretende ampliar su alcance con tareas de prevención y actuación de la población estudiada, centradas de manera especial en la detección y asesoramiento de consumidores problemáticos de alcohol y/o con dependencia ya establecida y en la oportuna derivación.

Desde una óptica de tipo comunitario, los problemas derivados del consumo de drogas son entendidos como "*Enfermedad*" según la perspectiva ecológica del concepto de enfermedad que sostiene que (Leavell y Clark, 1958):

Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre, entran en interacción y concluyen con la ruptura de un equilibrio llamado Salud.

Dicho proceso tiene su origen antes y durante la vida del ser humano, por tanto la enfermedad, y en nuestro caso los problemas derivados del uso de drogas, responden al fenómeno de adaptación ecológica del organismo humano y a las condiciones sociales y económicas que faciliten (factores de protección) o dificulten (factores de riesgo) el proceso adaptativo.

Este proceso dinámico que es el resultante de las múltiples interacciones que se generan entre el ser humano, el medio ambiente y las sustancias, concluyendo, a veces, con manifestaciones clínicas, incapacidades y muerte, es lo que se conoce como la *Historia Natural del Consumo de Drogas*. Historia que, como concepto teórico-práctico, trae dos grandes aportaciones (Martínez Delgado y Fernández-Repeto Guilloto, 2005): la idea ecológica en cuanto al origen multifactorial del consumo de drogas y su mantenimiento y por tanto la necesidad de la corresponsabilidad y la multidisciplinariedad en las actuaciones, y la concepción dinámica que nos sitúa ante la perspectiva de una actuación precoz, mediada y programada.

En la historia natural de la enfermedad, se distinguen varias etapas o periodos que determinan distintas posibilidades de intervención:

1.º Periodo prepatogénico: en él, los tres elementos interactúan de manera armónica, por lo que no suelen aparecer problemas a pesar de posibles consumos. No obstante, este proceso está asociado a distintos factores de riesgo:

- Asociados al medio: la existencia de situaciones como el paro, la marginación, las crisis familiares, no son los únicos a tener en cuenta. En el caso que nos ocupa, los jóvenes en general, y los universitarios especialmente, asocian el consumo de drogas al ocio y celebraciones, protagonizando entre otras las conocidas fiestas macrobotellones.
- Asociados a la persona: la vulnerabilidad, está determinada por factores biológicos, psicológicos y psicopatológicos, generalmente desconocidos antes del consumo.
- Asociados a la sustancia o conducta: la cadena productiva de las sustancias de abuso también favorece el aumento de los problemas derivados del consumo. En ella intervienen la producción, distribución, promoción y venta. En la actualidad estamos asistiendo a una situación que resulta cuanto menos paradójica, ya que por un lado existe un debate social sobre la posible legalización de algunas drogas no institucionalizadas como el cannabis, mientras se acaba de abrir otro en la calle acerca de la ley que restringe el consumo de tabaco y de alcohol. Este hito histórico al que estamos asistiendo, implica de manera especial a los jóvenes, y en particular a los universitarios.

Todos estos factores actúan favoreciendo la demanda o la oferta de drogas.

En este periodo prepatogénico las posibilidades de intervención se engloban en las medidas de *prevención ambiental y universal* (Mrazek y Haggerty, 1994).

2.º Periodo patogénico: surge cuando se rompe el equilibrio ecológico anterior entre los tres elementos, dando lugar a la drogodependencia o adicción, que se subdivide a su vez en otros dos periodos:

- Periodo de latencia o preclínico: se inicia con un consumo (uso) de drogas o conductas que sólo ocasionalmente produce complicaciones. Normalmente no se observan signos ni síntomas manifiestos. Esta fase de latencia puede durar meses y años (periodo silencioso del trastorno) y en algunas ocasiones no se sobrepasa. En este periodo las posibilidades de intervención se engloban en las medidas de *prevención indicada* y *prevención selectiva*, dirigidas a los grupos de riesgo y al individuo afectado respectivamente (Mrazek y Haggerty, 1994).
- Periodo clínico: Aparece cuando el trastorno ha producido suficientes cambios psicosociales y/u orgánicos en el individuo. En este periodo las posibilidades de intervención se engloban en las medidas de prevención indicada, intervención temprana y tratamientos.

Además del desarrollo de una posible dependencia, el consumo de drogas está asociado con una amplia variedad de “problemas” que pueden resultar tanto del efecto directo de una intoxicación aguda como de su consumo crónico (Síndrome de Dependencia) y abarcan todo un conjunto diverso de consecuencias médicas, psiquiátricas, psicológicas y sociales.

Actualmente el modelo “Bi-Axial” de la adicción (Edwards y cols., 1977) recoge que el síndrome de dependencia (concepto ecológico) y los problemas, aunque íntimamente relacionados, constituyen dos dimensiones conceptualmente separadas. Con ello se sugiere que un sujeto puede experimentar problemas como consecuencia del consumo, en ausencia de un grado significativo de dependencia. Esta relación puede expresarse gráficamente en un modelo (González Saiz, 1977) en el que cada eje representaría una de estas dimensiones (dependencia y problemas), delimitando así cuatro cuadrantes (Fig. 1). El cuadrante superior derecho (B) estaría representando aquel grupo poblacional que tiene un síndrome de dependencia clínicamente significativo y además experimenta los problemas asociados. Este constituiría el grupo característico que viene siendo atendido en los servicios asistenciales. Por el contrario, el cuadrante inferior izquierdo (C), englobaría al grupo de sujetos, que consumiendo una cantidad variable de la sustancia, no reúne criterios diagnósticos de dependencia y aún no ha experimentado problemas apreciables como consecuencia de su consumo. En el cuadrante superior izquierdo (A) se situaría aquel grupo de población que experimenta problemas por el consumo de drogas, pero que aún no ha desarrollado un síndrome de dependencia clínicamente significativo. Este sería el caso, por ejemplo, de una persona que sin ser dependiente del alcohol un día conduce bebido y tiene un accidente, o bien del sujeto inexperimentado que en sus primeros consumos de heroína, sufre una sobredosis. El cuadrante inferior derecho (D) agruparía aquellos sujetos, que reuniendo criterios diagnósticos de dependencia, no experimentan problemas. Sería lo que se denomina “dependencia silenciosa”. Por tanto pensamos que en los

cuadrantes A y C se encuentran la mayoría de la población universitaria, siendo sobre todo un reto las intervenciones dirigidas a la población del cuadrante A.

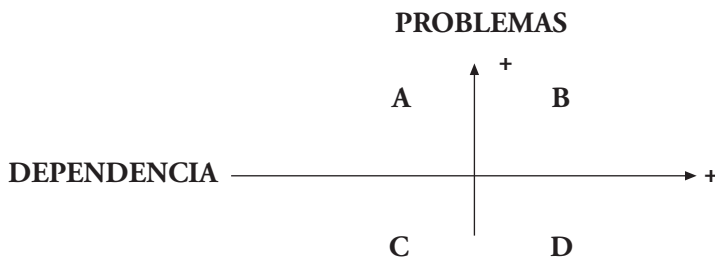


Figura 1. Expresión gráfica del modelo Bi-axial de la adicción.

(González Saiz, 1977)

Cualquier intervención en materia de adicciones implica necesariamente la actuación sobre toda la población, con diferentes niveles de prevención para cada grupo y asegurando la continuidad de los programas.

Las medidas preventivas a emplear, siguiendo las recomendaciones del Observatorio Europeo sobre Drogas en función de la población a la que van dirigidas, pueden clasificarse en:

- Universales: dirigidas a la población universitaria en general, sin establecer diferenciación alguna en términos de vulnerabilidad o de las conductas de riesgo de los grupos destinatarios de la intervención.
- Selectivas: dirigidas a grupos vulnerables específicos o aplicadas en contextos (o áreas) identificados como de riesgo.
- Indicadas: dirigidas al abordaje de factores específicos de vulnerabilidad que actúan a nivel individual, como universitarios con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, hijos/as de padres o madres alcohólicos/as, etc.

Además de las conocidas medidas de *prevención ambiental y terapéuticas*.

Esta categorización no se corresponde plenamente con la habitual clasificación en términos de salud pública de prevención primaria (prevención del uso), secundaria (prevención del uso abusivo o problemático, detección y diagnóstico precoz) y terciaria (prevención de los daños producidos por el uso o tratamiento), pero tiene la ventaja de ofrecer una mayor claridad conceptual. Este enfoque presta atención a las características del grupo destinatario de la intervención y no a los objetivos de la misma, como lo hace la clasificación utilizada en el ámbito de la salud pública (por ejemplo, si experimenta un riesgo especial –en el caso de la prevención selectiva–, o no, –prevención universal–).

Nuestra Universidad siendo consciente de la necesidad de prevenir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes Universitarios, firmó con fecha 8 de noviembre de 2006 el primer Convenio de Colaboración en Materia de Drogodependencias y Adicciones con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Ambas Instituciones, deciden a acometer una serie de actuaciones preventivas a desarrollar durante el bienio 2006-2008, estas actuaciones abarcaron actividades en las áreas de formación, información e investigación.

- En el apartado de formación, se incluyó dentro del curriculum de los estudiantes una asignatura de libre configuración con carácter semipresencial a la que podía acceder cualquier estudiante interesado en formarse en “Asistencia y prevención de las drogodependencias”; los estudiantes tuvieron también la oportunidad de participar en las “II Jornadas sobre las adicciones en nuestro entorno”, así como en un “Curso de Drogodependencias y Adicciones” que se completó con un ciclo de cineforum “Otras formas de ver las drogas”. Igualmente, para el personal docente y de servicios, se ofertó un Curso de Información-Formación orientado a la Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.
- En el apartado de información, en los diferentes centros de la Universidad se distribuyó material informativo y de orientación sobre el uso y abuso de drogas dirigido a toda la comunidad universitaria.
- Por último, en el apartado de investigación se formó un grupo multidisciplinar de profesionales, integrado por profesores de varios departamentos de la Universidad de Cádiz y técnicos del Servicio Provincial de Drogodependencias (Diputación Provincial de Cádiz) al objeto de realizar un estudio sobre la *prevalencia, hábitos, actitudes y motivaciones de conductas adictivas y consumo de drogas en los estudiantes de la Universidad de Cádiz* y cuyos principales resultados se presentan en esta monografía.

Este estudio tiene la intención de ser el punto de partida de actuaciones futuras orientadas fundamentalmente, a disminuir el consumo problemático de alcohol y de otras drogas, así como a fomentar la promoción de hábitos y estilos de vida saludables entre los estudiantes.

El objetivo es conocer las cifras de consumo de alcohol y del resto de drogas entre los universitarios, así como las actitudes y motivaciones frente a dicho consumo, y recoger información sobre el uso de videojuegos e Internet como una aproximación a posibles adicciones sin sustancia. El trabajo estudia tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos del consumo de alcohol y drogas, y por ello se utiliza un doble enfoque metodológico, por una parte se estudian las prevalencias a través de un cuestionario y, por otra se completa esta información con la participación de los alumnos en grupos focales.