

Explorant els determinants socials en el
consum de substàncies en joves i adults a
Espanya: un enfocament al consum
d'alcohol

Ester Teixidó i Compañó

TESI DOCTORAL UPF / 2020

DIRECTORS DE LA TESI

Dr. Albert Espelt Hernández (Facultat de ciències de la salut
Universitat de Manresa UVic-UCC)

Dra. Marina Bosque Prous (Facultat de ciències de la salut
Universitat Oberta de Catalunya (UOC))

DEPARTAMENT DE CIÈNCIES EXPERIMENTALS I DE LA
SALUT- CEXS



Al meu pare

Agraïments

Sembla impossible estar escrivint els agraïments d'aquesta tesi, i és que aquesta ha sobreviscut a molts canvis, tant personals com laborals. Vull agrair a totes les persones que m'heu acompanyat durant aquest procés, i que després de tot encara m'aguanteu i estimeu. No totes vosaltres heu patit amb la mateixa intensitat aquesta tesi que avui arriba al seu final, però totes heu estat amb mi durant aquest temps donant-me suport, animant-me, fent-me desconnectar i estimant-me. Així doncs, tinc ganes, i també crec que és de justícia, que els vostres noms formin part d'aquesta tesi.

Primerament vull agrair als meus directors de tesi Albert i Marina, perquè sense ells estic segura que res d'això no hagués passat. Gràcies per compartir la vostra expertesa i exigència i per ajudar-me a aprendre tant durant tot aquest procés. Agraïco també la vostra paciència en resoldre els meus milions de dubtes! Em sento molt afortunada d'haver pogut comptar amb l'acompanyament de dos grans mestres com vosaltres. D'altra banda, sou dues persones molt transversals, ja que, en certa manera, formeu part de la majoria de grups a qui vull agrair el seu suport, per tant, sentiu-vos també al·ludits allà on vulgueu.

Als meus tutors que, com la tendència general de tots els aspectes d'aquesta tesi, també han canviat. Aquest treball va néixer amb l'acompanyament de la Teresa Brugal i s'acaba amb el d'en Joan Ramon Villalbí, dos referents per a mi en el camp de les drogodependències. Ha estat un plaer que acceptéssiu aquesta

missió, i un luxe poder comptar amb el vostre coneixement, moltes gràcies.

Als coautors i coautores dels articles que conformen aquesta tesi. Gràcies per totes les vostres aportacions i suggeriments de millora, que m'han permès aprendre moltes coses!

A la meva estimada mare per ensenyar-me, juntament amb el papa, que amb esforç i dedicació es pot aconseguir pràcticament tot el que et proposes. Gràcies per la teva paciència i per la teva comprensió quan en lloc de passar temps juntes i veure'ns més del que fèiem, jo et venia amb el que es va acabar convertint en un "mantra": "aquest cap de setmana he de fer feina, mama!"

A ma germana i cunyat, perquè simplement sou els millors i no puc imaginar-me'n uns d'altres. I a la resta de la família Teixidó i Compañó, ja que les festes familiars han estat el millor elixir per desconnectar dels moments més sinuosos de la tesi. I també vull recordar el savi consell de l'àvia: "tu estudia"! M'heu ajudat a aprendre que juntes es passen millor els mals moments... Gràcies família!

A la meva estimada família irreal, Menxu, Tina, Burgui, Molas, Meyer, el germà postís Linyu, i la Vanesa, que durant aquest període ha tingut temps d'ampliar-se, i amb l'arribada de la Rita farà augmentar els nostres moments feliços. N'hem passat de tots colors, però per sort ens ho sabem muntar prou bé... "això sí... d'això sí que en sabem!!". Sou les millors companyes de viatge que podria tenir, gràcies per ser-hi sempre i per la vostra amistat incondicional. A partir d'ara recuperareu la meva participació activa

en la coordinació de les nostres activitats! I no vull oblidar-me de vosaltres, Suri, Caro i Júlia que sou sempre presents en les trobades familiars irreals extenses per acabar d'arrodonir aquesta gran família que hem construït.

I a en Toni, que també ens acompanya en moltes trobades irreals familiars, i que va acceptar fer la meravellosa portada d'aquesta tesi. Quin artista estàs fet Toni! Només vas necessitar un segon per fer realitat una idea que, les que no tenim massa traça, normalment ens queda en el pla mental. Moltíssimes gràcies per acceptar la proposta!

A la meva estimada gent de Barcelona, que ara no veig tant però que els tinc sempre molt presents i que continuen formant part imprescindible de la meua vida. Les companyes de Can Nyaufar Hare, Fabi, Aziz, Ona i Mercedes, això sí que és compartir pis! i les de la uni Leti, Alvaro, Gal.la, Anna, David, Pol i Guillem, perquè hem compartit canvis i vivències molt especials, i també en Jordi, la Joana i en Marcel perquè sempre ens trobem per “todos laos”; i no em vull deixar els del Sant Miquel de sempre, Lídia, Caro i Lepage, a veure si amb la finalització d'aquesta tesi agafarem un millor ritme de trobades... o això potser contradiu l'essència de la nostra amistat?

En el terreny laboral he tingut la sort que els canvis que he viscut durant els 4 anys d'aquesta aventura sempre han anat acompanyats de bona companyonia i bon ambient. Als SEPADS (Alicia, Anna, Carmen, Gabi, Montse, Lola, Núria, Oleguer, Sergi, Susanna i

Vicki) on va començar tot, i on les discussions i converses animades feien d'estar a la feina un lloc càlid i interessant.

I del SEPAD a la FUB, on des del primer dia em vaig sentir part d'aquesta família que sempre té un somriure i una mà disponible pel que faci falta. Especialment als meus companys de despatx Loli i Gabriel, que heu aguantat els brots i moments d'estrès de manera estoica, suposo que la xocolata ha tingut un paper rellevant en tot plegat! i també a la resta de l'equip d'educació infantil Montse, Sílvies i Ricard, gràcies per posar-ho tan fàcil i per preocupar-vos sempre, preguntar-me i animar-me de com anava el procés. A l'equip del GRESP, Carlota, Ester, Helena, Núria, Tere i Tivy, per ser-hi sempre i per tot, personal i professional, és un plaer estar al vostre costat i aprendre cada dia de vosaltres....i no vull oblidar-me de la Carme, les Laures i l'equip del gimnàs Damià, Irene, Jenny, Júlia i Remi, que també m'heu sentit queixar en algun "petit" moment, i també a en Xavi i la Lluïsa per la flexibilitat, comprensió i suport sobretot en l'últim tram d'aquesta tesi.

I finalment a tu Solà, gràcies per cuidar-me, estimar-me i per tenir tanta paciència amb els "un moment", "ara no! que estic acabant un punt", "tinc molta feina",... i una llarga llista d'expressions que ja formaven part de la teva benvinguda al pini pon. Gràcies per transmetre'm el teu suport, la teva tranquil·litat de "tot sortirà i a més sortirà bé!" i per no allunyar-te ni un mil·límetre del meu costat quan estic segura que totes les cèl·lules del teu cos et deien que ho fessis. Milions de gràcies!

Resum

El consum de substàncies psicoactives té importants conseqüències sanitàries, socials, econòmiques i laborals. Tot i així, el seu consum i les seves conseqüències no es distribueixen homogèniament en tota la població, sinó que diferents factors determinen que hi hagi col·lectius més vulnerables.

L'objectiu d'aquesta tesi és analitzar els factors socials individuals i contextuals relacionats amb el consum de substàncies psicoactives en persones joves i adultes a Espanya, posant un èmfasi especial en l'alcohol.

La tesi consisteix en tres articles i cadascun d'ells se centra en un grup d'edat diferent. El primer article se centra en població adolescent de 14 a 18 anys, el segon en població adulta jove de 20 a 35 anys i el tercer en població econòmicament activa de 25 a 64 anys.

Els resultats suggereixen que el consum de substàncies psicoactives s'associa a diferents variables socials individuals i contextuals. En la població adolescent, variables individuals com la permissivitat i el control dels progenitors o la disponibilitat de diners per a despeses personals, s'associaven al "*binge drinking*" independentment de les variables contextuals. La població adulta jove considerava que hi havia diferents aspectes del seu entorn, com la pressió social o l'accés a l'alcohol, que influïen en el seu consum d'alcohol. Finalment, la situació laboral i el nivell d'estudis de la població econòmicament activa s'associaven al consum de risc

d'alcohol, de cànnabis i el consum d'hipnosedants, havent-hi diferències entre dones i homes.

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas tiene importantes consecuencias sanitarias, sociales, económicas y laborales. Sin embargo, su consumo y sus consecuencias no se distribuyen homogéneamente para toda la población, sino que diferentes factores determinan que haya colectivos más vulnerables.

El objetivo de esta tesis es analizar los factores sociales individuales y contextuales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en personas jóvenes y adultas en España, poniendo un énfasis especial en el alcohol.

La tesis consiste en tres artículos y cada uno de ellos se centra en un grupo de edad diferente. El primer artículo se centra en población adolescente de 14 a 18 años, el segundo en población adulta joven de 20 a 35 años y el tercero en población económicamente activa de 25 a 64 años.

Los resultados sugieren que el consumo de sustancias psicoactivas se asocia a diferentes variables sociales individuales y contextuales. En la población adolescente, variables individuales como la permisividad y el control de los progenitores o la disponibilidad de dinero para gastos personales se asociaban al “*binge drinking*” independientemente de las variables contextuales. La población joven adulta, consideraba que había diferentes aspectos de su entorno, como la presión social o el acceso al alcohol, que influían en su consumo de alcohol. Finalmente, la situación laboral y el nivel de estudios de la población económicamente activa se asociaban al consumo de riesgo de alcohol, de cánnabis y al

consumo de hipnosedantes, habiendo diferencias entre mujeres y hombres.

Abstract

Psychoactive substances use has important health, social, economic and occupational consequences. However, their consumption and consequences are not homogeneously distributed throughout the population, but rather different factors determine the existence of more vulnerable groups.

The aim of this thesis is to analyse individual and contextual social factors related to the use of psychoactive substances in young and adult population in Spain, with a special emphasis on alcohol use.

The thesis consists in three papers and each one focuses on a different age group. The first article focuses on adolescent population aged 14 to 18 years, the second on young adult population aged 20 to 35 years and the third on economically active population aged 25 to 64 years.

The results suggest that psychoactive substances use is associated with different social variable both individual and contextual. Regarding adolescent population, individual alcohol-related variables, such as parental permissiveness and control or pocket money, were associated with “*binge drinking*” regardless of contextual variables. Young adult population considered that there were different aspects of the environment such as social pressure or alcohol accessibility, that influence their alcohol use. Finally, employment status and educational level of the economically active population were associated with hazardous drinking, heavy cannabis use and hypnosedative use, with differences between women and men.

Prefaci

Aquesta tesi pretén aprofundir en l'estudi de diferents determinants socials que influeixen en el consum de substàncies psicoactives, especialment d'alcohol, en persones de diferents grups d'edat. Així doncs, l'objectiu principal d'aquesta tesi és analitzar els factors socials individuals i contextuals relacionats amb el consum de substàncies psicoactives en persones joves i adultes a Espanya, posant un èmfasi especial en l'alcohol. Per tal d'abordar-lo s'han dissenyat tres estudis diferents, i en cada un d'ells s'exploren diferents factors socials que poden associar-se al consum de substàncies en un determinat grup d'edat: adolescents, joves adults i població adulta econòmicament activa. Dos d'aquests estudis ja han estat publicats en revistes nacionals indexades a la *Web of Science* (primer i tercer article de la tesi) i el segon article ha estat enviat a una revista internacional també indexada a la *Web of Science*.

Aquesta tesi és una compilació dels tres articles i s'estructura segons les normes del programa de Biomedicina de la Universitat Pompeu Fabra. En primer lloc, el manuscrit inclou un resum en català, castellà i anglès, una introducció i justificació. A continuació, es descriuen les hipòtesis, els objectius i els mètodes i els resultats a mode de compilació dels tres articles. Finalment, s'exposa una discussió conjunta dels tres articles, així com implicacions i recomanacions per a la salut pública, unes conclusions i la bibliografia consultada.

Aquesta tesi s'ha portat a terme entre l'Agència de Salut Pública de Barcelona (Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències)

i la Universitat de Manresa de la UVic-UCC (GRESPE: Grup de Recerca en Epidemiologia i Salut Pública) sota la direcció del Dr. Albert Espelt i la Dra. Marina Bosque-Prous i la tutorització de la Dra. M. Teresa Brugal, i després de la seva jubilació, del Dr. Joan Ramon Villalbí. Així mateix, el primer i el tercer article d'aquesta tesi han rebut recolzament econòmic a través de *l'Acción Estratégica para la Salud* (núm. PI13/00183) i de la *Red Española de Trastornos Adictivos* (núm. RD12/0028/0018 i RD16/0017/0013) i el segon està emmarcat en un projecte finançat per la *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas* (núm. 2016/029).

La contribució de la doctoranda en la realització dels articles presentats en aquesta tesi inclou la revisió bibliogràfica, l'anàlisi estadística de les dades i la redacció dels manuscrits. Així mateix, també ha participat en el disseny i desenvolupament del treball de camp del segon article.

Índex

AGRAÏMENTS	VII
RESUM	XI
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XV
PREFACI.....	XVII
1.INTRODUCCIÓ.....	1
1.1. El consum de substàncies psicoactives.....	1
1.1.1.Epidemiologia del consum d'alcohol	2
1.1.2.Epidemiologia del consum d'altres substàncies psicoactives: els hipnosedants i el cànnabis	5
1.2. Efectes associats al consum de substàncies psicoactives	7
1.2.1.Efectes associats al consum d'alcohol.....	8
1.2.2.Efectes associats al consum d'altres substàncies psicoactives: els hipnosedants i el cànnabis	9
1.3. Eines de cribratge del consum de risc d'alcohol i de cànnabis	10
1.4. Enquestes periòdiques sobre el consum d'alcohol i altres drogues a Espanya	12
1.5. Marc conceptual	14
1.5.1.Determinants estructurals	18
a) Context socioeconòmic i polític	18
b) Eixos de desigualtat.....	26
1.5.2.Determinants intermedis.....	34
1.5.3. Influència dels determinants socials durant el cicle vital .	40
2. JUSTIFICACIÓ	45
3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS	49
3.1. Hipòtesis	49
3.2. Objectius.....	50

4. MÈTODES I RESULTATS	53
ARTICLE 1	55
ARTICLE 2	69
ARTICLE 3	101
5. DISCUSSIÓ	110
5.1 Consum d'alcohol en la població adolescent a Espanya ...	112
5.1.1 Determinants associats al <i>binge drinking</i> en la població adolescent a Espanya	113
5.2 Consum d'alcohol en la població adulta jove a Espanya..	117
5.2.1 Determinants associats al consum d'alcohol en la població adulta jove a Espanya	120
5.3 Consum d'alcohol, cànnabis i hipnosedants en la població adulta a Espanya.....	126
5.3.1 Determinants associats al consum de substàncies en la població adulta a Espanya	130
5.4 Determinants i consum de substàncies en els diferents grups d'edat	136
5.5 Limitacions	144
5.6 Implicacions i recomanacions.....	148
6.CONCLUSIONS.....	154
BIBLIOGRAFIA	156
APÈNDIX: COL·LABORACIÓ EN ALTRES ARTICLES SOBRE ALCOHOL I ALTRES SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES	194
ARTICLE 1	196
ARTICLE 2	205
ARTICLE 3	215
ARTICLE 4	227

1.INTRODUCCIÓ

1.1. El consum de substàncies psicoactives

El consum de substàncies psicoactives s'ha donat sempre i en pràcticament totes les civilitzacions. Tot i així, els patrons d'ús i els motius de consum han anat canviant al llarg del temps. De fet, una de les principals característiques del consum de drogues és que les diferents generacions poden tenir patrons de consum diferents, i això sovint suposa tornar a utilitzar substàncies velles amb patrons d'utilització i significats parcialment renovats (1). A Europa Occidental, el consum de substàncies psicoactives per raons no mèdiques, diferents a l'alcohol i al tabac, va prendre especial rellevància a partir de la segona meitat de la dècada dels seixanta, coincidint amb el desenvolupament de moviments contraculturals entre alguns grups de població jove. Així mateix, en la primera meitat de la dècada dels setanta va iniciar-se l'epidèmia del consum d'heroïna. A Espanya, tots aquests fenòmens es van produir més tard, -a mitjans dels setanta i a principis dels vuitanta, respectivament-, a causa de la seva situació política de dictadura i coincidint amb la transició política (2).

Actualment el consum de substàncies psicoactives està molt estès en les societats modernes. Cada substància psicoactiva té els seus efectes i moltes vegades es consumeix més d'una substància alhora, el que pot provocar que es modifiqui l'efecte de la primera. Així, les substàncies poden ser complementàries o bé poden ser substituïdes entre elles, de manera que el consum d'una substància pot associar-

se a la utilització d'una altra (3). A l'agenda 2030 sobre el desenvolupament sostenible de les Nacions Unides, es pretén enfortir la prevenció i el tractament de l'abús de substàncies addictives (incloent el mal ús d'estupefaents i del consum nociu d'alcohol), dins l'objectiu dirigit a garantir una vida saludable i promoure el benestar de totes les persones a totes les edats. D'altra banda, l'atenció al consum de substàncies també es troba en altres objectius de l'agenda de forma indirecta (4).

1.1.1.Epidemiologia del consum d'alcohol

L'alcohol és una de les substàncies psicoactives legals més consumides arreu del món. L'any 2016, la mitjana de consum d'alcohol de la població mundial va ser de 6,4 litres d'alcohol pur per cada persona de més de 15 anys. Tot i així, els nivells de consum d'alcohol varien enormement entre diferents regions i països a causa de la interacció de diferents factors sociodemogràfics, econòmics, culturals, religiosos, etc. En els països de la Regió Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) és on s'observa un major consum d'alcohol per càpita, suposant més del 20% del consum total d'alcohol mundial. Concretament, l'any 2016 es va estimar un consum de 9,8 litres d'alcohol pur per cada persona de més de 15 anys (3) o bé d'11,3 litres si es té en compte l'alcohol no registrat (5). Tot i així, és possible que aquestes dades estiguin infraestimades (6).

A Espanya s'observa un panorama molt similar a l'uropeu, ja que l'alcohol és la substància amb una major prevalença de consum entre la població de 15 a 64 anys (7,8). L'any 2017, el 91% de la

població d'aquesta franja d'edat declarava haver consumit alcohol alguna vegada a la vida, el 75% haver-ne consumit durant l'últim any i el 63% haver-ho fet durant l'últim mes (7). El consum d'aquesta substància s'ha mantingut relativament estable durant els darrers anys. Tot i així, sembla que el consum diari d'alcohol està experimentant una tendència descendent des de l'any 2011, quan la seva prevalença era del 10,2% en comparació al 7,4% de l'any 2017 (7).

Els possibles efectes i conseqüències del consum d'alcohol varien en funció del tipus de consum que es realitza. En aquest sentit, s'han descrit diferents patrons de consum excessiu d'alcohol que suposen un risc o un dany important tant per al mateix individu com també per al seu entorn (9). Un d'aquests patrons és el “*binge drinking*” o “afartament d'alcohol”. Aquest patró de consum consisteix a consumir grans quantitats d'alcohol concentrades en un període de temps que es reserva expressament per a aquesta finalitat (10). Malgrat que existeixen matisos en la seva definició, sobretot quan es comparen diferents països, a Espanya habitualment es considera el consum de 4 o més begudes alcohòliques en dones i 5 o més en homes, en una sola ocasió de consum (7). Quan es mesura el “*binge drinking*” en la població adolescent, aquest sol considerar-se com el consum de 5 o més begudes alcohòliques en un període aproximat de dues hores, tant en dones com en homes (11). Actualment, s'estima que al voltant del 15% de la població espanyola entre 15 i 64 anys ha fet “*binge drinking*” en l'últim mes, observant-se les majors prevalences en dones d'entre 20 i 24 anys d'edat (20%) i en homes d'entre 25 i 29 anys d'edat (30%).

Un altre patró freqüent en els estudis sobre l'alcohol és el consum de risc d'alcohol. Es considera un consum de risc aquell que augmenta el risc de patir conseqüències nocives per a la persona consumidora tant a nivell físic i mental, com també a nivell social. D'altra banda, el consum de risc es refereix a models de consum que tenen importància per a la salut pública, encara que la persona consumidora a nivell individual no presenti cap trastorn (10). Una possible manera de mesurar el consum de risc d'alcohol és a partir del test AUDIT. A Espanya, s'estima que actualment al voltant del 5% de la població d'entre 15 i 64 anys presenta un consum de risc d'alcohol, havent-hi una major proporció d'homes en comparació a les dones, i disminuint la seva prevalença a mesura que augmenta l'edat (7).

Així doncs, s'observa que en general la prevalença de consum abusiu o excessiu d'alcohol entre les persones bevedores és més elevada en la població adolescent i jove (3,7). Aquesta major prevalença de consum abusiu entre la població jove pot explicar-se pel canvi de patró de consum d'alcohol que s'ha produït en els últims 30 anys a Europa (12). En aquest sentit, la distinció tradicional entre els països amb "wet cultures" i "dry cultures" en relació al consum d'alcohol sembla que està desapareixent, ja que les taxes de consum i el tipus de begudes alcohòliques s'estan homogeneïtzant. Els països europeus de la Mediterrània es consideraven "wet culture", ja que l'alcohol estava integrat en la vida i activitats diàries, els índexs d'abstinència eren baixos i el vi era la beguda més freqüentment consumida. Contràriament, països com el Canadà, els Estats Units d'Amèrica o els països Escandinaus

es consideraven “dry culture”, ja que el consum d’alcohol no era tan habitual en les activitats quotidianes, el seu accés era més restringit i l’abstinència era més freqüent, però quan es produïa el consum d’alcohol, aquest era més intensiu (13). En el cas d’Espanya, doncs, el patró de consum tradicional que consistia a fer un consum d’alcohol al llarg de la setmana associat als àpats i en petites quantitats, ha canviat cap a un patró de consum abusiu d’alcohol durant els caps de setmana, sobretot entre la població jove (12,14). Aquest canvi pot explicar-se a causa que la població jove associa el consum d’alcohol amb les nits del cap de setmana, amb la diversió i el temps lliure (15).

1.1.2.Epidemiologia del consum d’altres substàncies psicoactives: els hipnosedants i el cànnabis

Els hipnosedants són un altre tipus de substàncies psicoactives que també presenten una prevalença important, sobretot a mesura que augmenta l’edat de les persones (7,16,17). S’ha estimat que, per exemple, la prevalença d’ús de benzodiazepines en població general és del 3% (18). A Europa, fa anys que s’ha descrit un increment de l’ús d’hipnosedants. Aquest augment pot explicar-se per una major prevalença de trastorns (com l’ansietat i l’insomni) però també per altres factors com l’escassa informació per part dels i les professionals de medicina sobre la relació benefici/risc d’aquests fàrmacs, els diagnòstics imprecisos, l’estructura del sistema sanitari, la sobremedicalització o l’excés de promoció comercial per part de la indústria farmacèutica (19). A més a més, cal tenir en compte que dins d’aquest grup de substàncies s’inclouen els hipnosedants amb i sense recepta mèdica. En aquest sentit, l’any 2017 més del 20% dels

Estats Membres de les Nacions Unides van indicar l'ús no mèdic d'hipnosedants com una de les tres substàncies més àmpliament utilitzades en els seus països (20).

A Espanya, el consum d'hipnosedants observat durant els últims anys, els situen des de l'any 2011 com la tercera substància més consumida després de l'alcohol i el tabac. D'aquesta manera, l'any 2017 el 21% de la població de 15 a 64 anys declarava haver consumit hipnosedants en alguna ocasió a la seva vida i l'11% haver-ho fet durant l'últim any. D'altra banda, s'estima que aproximadament 630.000 persones d'aquesta franja d'edat van iniciar el consum d'hipnosedants (tant amb recepta com sense) durant aquest any. Cal indicar, però, que sembla que el seu consum habitual ha descendit lleugerament des del 2015 (7).

Pel que fa a les substàncies psicoactives il·legals, el cànnabis és la droga més àmpliament consumida a nivell mundial, estimant-se 188 milions d'usuaris d'entre 15 i 64 anys durant l'any 2016 (20). A Europa, s'estima que un 29% de les persones d'aquesta franja d'edat han provat drogues il·legals en algun moment a la seva vida (21), essent també el cànnabis la droga més consumida. Concretament, el 27% d'aquesta població ha consumit cànnabis alguna vegada a la seva vida i el 7% n'ha consumit durant l'últim any (20,21). De fet, el cànnabis representa gairebé el 75% de les confiscacions, i la seva possessió o consum personal suposa més de la meitat de les infraccions de la legislació sobre drogues notificades a Europa. Els països amb un major nombre de confiscacions per cànnabis són Espanya, Regne Unit i França. D'altra banda, el consum de cànnabis és la principal raó per buscar

ajuda de les persones que acudeixen per primera vegada als serveis especialitzats en el tractament de drogodependències a nivell europeu (22).

El cànnabis també és la droga il·legal consumida amb més freqüència a Espanya. En termes evolutius, s'observa una tendència creixent del seu consum des del 2013. L'any 2017, el 35% de la població espanyola d'entre 15 i 64 anys declarava haver consumit cànnabis almenys una vegada a la seva vida (superant en 3,7 punts percentuals les dades del 2015), i l'11% haver-ho consumit durant l'últim any. D'altra banda, s'ha observat una major prevalença de consum de cànnabis entre les persones consumidores de risc d'alcohol. Concretament, la prevalença de consum de cànnabis durant l'últim mes en les consumidores de risc d'alcohol és més del triple que entre les persones no consumidores de risc (30,3% en comparació al 9,6%) (7).

1.2. Efectes associats al consum de substàncies psicoactives

El consum de substàncies psicoactives, tant legals com il·legals, representa una de les principals causes de mort, malaltia i accidents evitables en molts països del món (23,24) i té importants conseqüències a nivell sanitari, social, econòmic i laboral (8). Tot i les problemàtiques associades al consum de substàncies psicoactives, no existeix una definició consensuada sobre el que es considera un consum de risc o problemàtic. El tipus de substància consumida, la forma de consum, la freqüència, la via d'administració utilitzada, l'entorn social de la persona

consumidora i les característiques d'aquesta són fonamentals a l'hora d'establir si els consums són o no problemàtics (7,25). Així, existeixen diferents pautes de consum, que poden oscil·lar des d'un únic consum experimental fins al consum regular i de dependència. Fer un consum freqüent, en dosis altes, simultani amb altres substàncies o per via parenteral són les característiques del consum que tenen uns majors riscos per a la salut (26). Existeixen diferents mètodes per estimar el consum problemàtic o de risc. L'elecció del mètode que s'utilitzi dependrà de múltiples factors com per exemple el tipus de droga, la validesa del mètode o el tipus d'informació disponible (25). Així mateix, existeixen diferents eines de cribratge per detectar consums de risc i dependència, com per exemple el test AUDIT (9) en el cas de l'alcohol o el CAST (27) en relació al cànnabis.

1.2.1.Efectes associats al consum d'alcohol

El consum d'alcohol és una de les principals causes de mortalitat i de discapacitat a nivell mundial. El 2016, el consum d'alcohol va causar aproximadament 3 milions de morts i més de 130 milions d'anys de vida perduts ajustats per discapacitat (DALYs) en tot el món (3). Als països de la Unió Europea, més del 5% de les morts totals en aquell mateix any van ser causades per l'alcohol. El 29% de les morts atribuïbles a l'alcohol van ser degudes al càncer, el 20% a la cirrosi hepàtica, el 19% a trastorns cardiovasculars i el 19% a lesions (5). Més enllà de la càrrega a nivell poblacional d'aquestes malalties i lesions, és important tenir en compte que l'ús nociu d'alcohol afecta persones a una edat relativament jove, el que

resulta en la pèrdua de molts anys de vida a causa de la mort prematura i de la discapacitat (3,5). La càrrega de mortalitat i de malaltia atribuïble a l'alcohol varia en els diferents països de la Unió Europea, a causa de diferents factors, com la mitjana d'alcohol consumit, la prevalença de consum de risc d'alcohol, l'ús de tabac, la dieta, les condicions socioeconòmiques o el sistema de salut dels diferents països (5). D'altra banda, els danys del consum d'alcohol no només són personals ni es limiten a efectes en la salut, sinó que també suposen costos socials i econòmics importants (3).

1.2.2.Efectes associats al consum d'altres substàncies psicoactives: els hipnosedants i el cànnabis

Els hipnosedants tenen un paper rellevant en el tractament de l'ansietat, l'insomni o les contractures musculars. Tot i així, la seva utilització indiscriminada no està exempta de riscos a causa dels efectes adversos i de la seva capacitat per produir tolerància i dependència (19). Principalment, el consum d'hipnosedants s'ha associat amb el deteriorament cognitiu (sobretot pel que fa a l'aprenentatge, l'atenció i la memòria), amb afectacions psicomotores, amb un augment de l'ocurrència d'accidents i lesions (28,29) i amb un augment de la mortalitat (30). D'altra banda, també s'ha descrit un possible efecte desinhibidor que pot produir un augment de l'ansietat, excitament agut i hiperactivitat. Aquests efectes, i la seva associació amb altres conseqüències adverses per a la salut, sembla que estan relacionats amb la dosi, el consum simultani d'altres substàncies (com per exemple l'alcohol), l'edat i la durada del consum (29).

Pel que fa al cànnabis, la gran majoria de persones que el consumeixen en fan un ús experimental o ocasional. Tot i així, hi ha una proporció considerable de persones que tenen un patró de consum que augmenta el risc de patir efectes nocius sobre la pròpia salut (7). D'aquesta manera, sembla que existeix una relació dosi-resposta entre el consum de cànnabis i el seu risc per a la salut, essent major el risc entre les persones que en fan un consum més intensiu. S'han descrit diferents efectes associats al consum de cànnabis, com ara trastorns d'ansietat i d'estat d'ànim, problemes en les vies respiratòries i en el sistema cardiovascular, o trastorns psicòtics (31–33). A Espanya, durant els últims anys s'ha anat donant més importància a les possibles implicacions del consum de cànnabis en la salut pública, tant pel que fa a l'augment del consum en la població espanyola com a l'augment de les demandes de tractament per abús o dependència d'aquest (16,34).

1.3. Eines de cribatge del consum de risc d'alcohol i de cànnabis

Consum de risc d'alcohol

El Test d'Identificació dels Trastorns Deguts al Consum d'Alcohol (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) és un test de cribatge, desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que permet identificar les persones que tenen un patró de consum perjudicial o de risc d'alcohol (9). L'AUDIT és consistent amb les definicions de la CIE-10 de dependència i de consum perjudicial d'alcohol i ha estat validat en diferents països, entre ells Espanya, essent l'únic test de cribatge dissenyat específicament per

a una utilització internacional. Aquest test consta de 10 preguntes sobre consum recent (quantitat i freqüència de consum), símptomes de dependència (comportament o actitud davant del consum) i reaccions adverses i problemes relacionats amb el consum l'alcohol. Cada pregunta té una escala de puntuació de 0 a 4 punts, amb una puntuació total d'entre 0 i 40 punts. Les puntuacions més altes en l'AUDIT indiquen una major probabilitat de consum de risc i perjudicial, tot i que també poden reflectir una major gravetat dels problemes i de la dependència de l'alcohol. S'ha determinat que el punt de tall més eficaç per detectar problemes per l'ús d'alcohol és de 8 punts, en els homes, i de 6 punts en les dones (35). Existeix una versió reduïda del test AUDIT, el test Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C). L'AUDIT-C consisteix en les tres primeres preguntes del test AUDIT que fan referència al consum d'alcohol (quantitat i freqüència). Cada pregunta pot tenir una puntuació entre 0 i 4 punts, amb una puntuació total d'entre 0 i 12 punts. Aquest test de cribratge breu també ha demostrat ser efectiu per detectar el consum de risc d'alcohol o trastorns per ús d'alcohol en l'últim any, així com per detectar persones amb trastorn per ús d'alcohol segons el DSM-IV o qualsevol símptoma de trastorn per ús d'alcohol en l'últim any. En aquest cas, els punts de tall de consum de risc o abusu d'alcohol són de 4 punts en homes i 3 punts en dones (36).

Consum de risc de cànnabis

El Test de Detecció d'Abús de Cànnabis (CAST: Cannabis Abuse Screening Test) és un test validat que permet detectar patrons

problemàtics de consum de cànnabis. El CAST consisteix en sis preguntes sobre el consum no recreatiu, problemes de memòria, retrets de la família i amistats, intents fallits de deixar de fumar i problemes associats al consum de cànnabis. Les preguntes del test CAST valoren aquests aspectes relacionats amb el consum perjudicial de cànnabis en els últims 12 mesos. En la versió completa del CAST totes les preguntes poden respondre's en una escala tipus Likert de 5 punts, de 0 "mai" a 4 "molt sovint", amb una puntuació total que oscil·la entre 0 i 24 punts. Les puntuacions a partir de 7 punts es consideren una addicció moderada, i les puntuacions a partir de 12, una addicció severa o dependència, seguint el criteri del DSM-IV (27). Tot i així, la versió original d'aquest test consistia en respostes dicotòmiques i el punt de tall era de 4 punts. S'ha observat, però, que la versió completa d'aquest test ofereix més informació i presenta una major validesa de criteri (27).

1.4. Enquestes periòdiques sobre el consum d'alcohol i altres drogues a Espanya

Mesurar el consum de substàncies psicoactives és una tasca complexa, ja que existeixen diferents formes de consum, diverses classificacions i definicions, i l'estimació precisa del consum que realitzen les persones és difícil de portar a terme (37). Així mateix, el consum de substàncies psicoactives, sobretot les il·legals, és un fenomen ocult que requereix diferents indicadors indirectes per poder-lo mesurar correctament (38). En el cas de l'alcohol, per exemple, entre els indicadors de mesura més freqüents trobem el consum d'alcohol per càpita o els que es recullen en les enquestes

poblacionals (37). Aquestes últimes, proporcionen indicadors de consum de diferents substàncies psicoactives com l'edat d'inici, la freqüència i la quantitat de consum, o els diferents patrons de consum.

A nivell espanyol, el Pla Nacional Sobre Drogues (PNSD) realitza de forma bianual l'Enquesta Domiciliària sobre Drogues i Alcohol a Espanya (EDADES) (7) i l'Enquesta Estatal sobre l'Ús de Drogues als Ensenyaments de Secundària (ESTUDES) (11). L'enquesta EDADES es realitza des de l'any 1995 a la població espanyola de 15 a 64 anys i l'enquesta ESTUDES es realitza des de l'any 1994 a la població escolaritzada de 14 a 18 anys. Ambdues enquestes són dirigides per la Delegació del Govern per al Pla Nacional Sobre Drogues (DGPNSD) amb la col·laboració de les comunitats autònomes, i permeten observar l'evolució de les prevalences de consum d'alcohol, tabac, hipnosedants i drogues psicoactives il·legals. Així mateix, també permeten identificar els perfils de les persones consumidores, alguns dels patrons de consum més rellevants, la percepció de risc davant del consum o la percepció de la disponibilitat de les diferents substàncies, entre altres aspectes. Cal indicar que tant les enquestes com la metodologia que s'utilitzen són similars a les d'altres països de la Unió Europea i als Estats Units, cosa que permet realitzar comparacions internacionals.

D'altra banda, el Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social realitza de forma periòdica des de l'any 1987 l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya (ENSE) (39). Aquesta enquesta es realitza amb la col·laboració de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i té una periodicitat quinquennal. Des de l'any 2009, l'ENSE s'alterna cada

dos any i mig amb l'Enquesta Europea de Salut, amb la que comparteix un nucli comú que permet fer comparacions internacionals. L'ENSE té com a objectiu principal monitoritzar la salut de la població resident a Espanya, recollint diversa informació sobre el seu estat de salut, els determinants personals, socials i ambientals de la salut i la utilització i accés als serveis sanitaris. Aquesta enquesta consta de tres qüestionaris diferents (llar, persones adultes i persones menors d'edat), que estan estructurats en tres mòduls diferents: estat de salut, assistència sanitària i determinants de salut. Dins del tercer mòdul, es recull informació sobre consum de tabac i d'alcohol de la població a partir de 15 anys d'edat resident a Espanya.

1.5. Marc conceptual

Existeix molta evidència que indica que les diferents conductes i problemes relacionats amb la salut no es distribueixen de forma homogènia a la població (40–42). Aquesta situació és conseqüència de les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, sexe, ètnia, territori o país d'origen, i que es tradueix en una pitjor salut entre aquells col·lectius socialment més desfavorits. Aquestes diferències en la salut s'anomenen desigualtats socials en salut, i són el resultat d'una distribució desigual dels recursos, diners i poder a nivell mundial, nacional i local (40,42,43). Així doncs, per poder abordar adequadament qualsevol aspecte relacionat amb la salut de la població, com pot ser el consum de substàncies

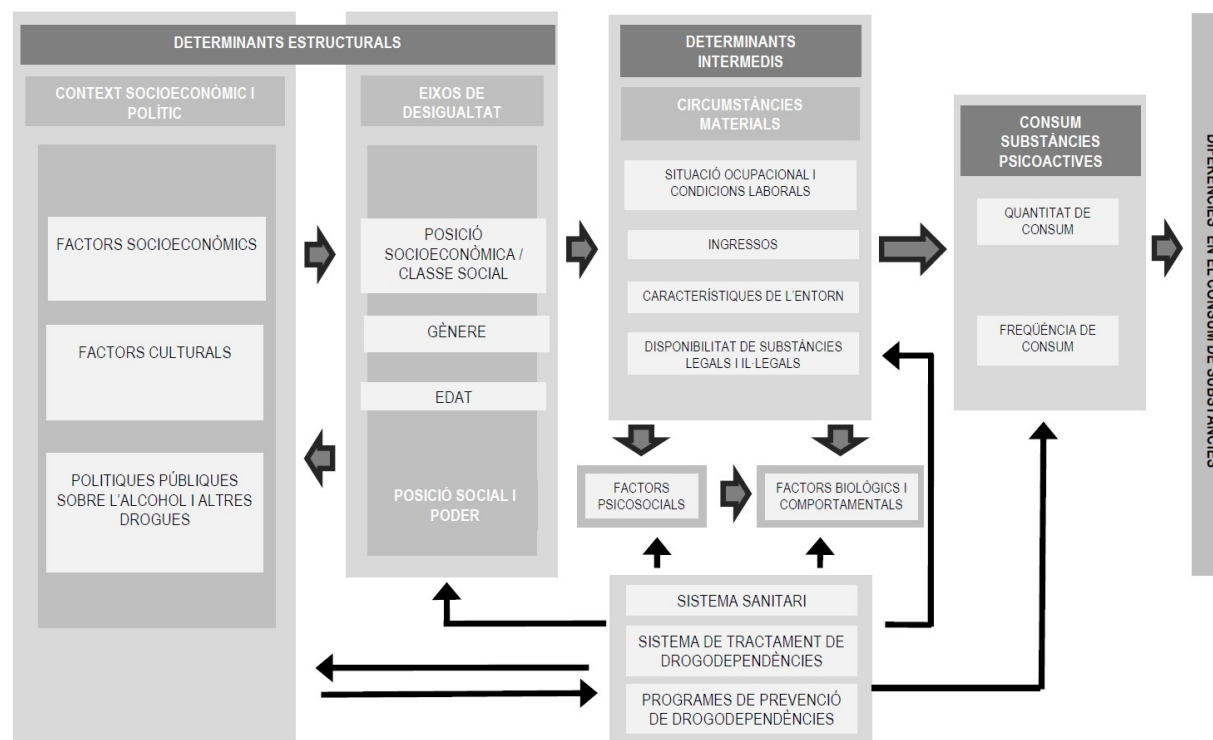
psicoactives, cal adoptar la perspectiva de les desigualtats socials en la salut.

En el cas del consum de substàncies psicoactives, i en concret del consum d'alcohol, s'han descrit diferents factors, tant individuals com contextuals, associats al seu consum i als problemes relacionats amb aquest. Per una banda, el consum de substàncies s'ha vist associat a variables individuals sociodemogràfiques com l'edat, el sexe o la posició socioeconòmica (PSE) (3,5,7,44–50). Així mateix, en la població adolescent i jove també s'ha associat a altres variables individuals com l'edat d'inici de consum (51–54), la percepció del risc, la permissivitat parental o els diners disponibles per a les despeses personals (49,52,53,55). En el cas de la població adulta, el consum de substàncies també s'ha vist associat a la situació laboral (8,50,56,57). A nivell contextual, la presència i disponibilitat de l'alcohol (58–60), les polítiques sobre el control d'aquesta substància (com per exemple l'establiment d'impostos o la restricció del seu accés) (3,5,61–66), o diferents variables sociodemogràfiques (com la taxa de desocupació) (67–72), també s'han identificat com a variables importants en el consum de la població, tant jove com adulta, i en els problemes relacionats amb aquest. Així doncs, si adoptem la perspectiva de les desigualtats socials en la salut serà necessari contemplar tots aquests factors en funció de les característiques dels diferents grups poblacionals, ja que aquests poden afectar-los de forma diferent.

A Espanya, s'han realitzat nombroses investigacions sobre les desigualtats socials de salut, i sobre l'enorme impacte que aquestes tenen en la salut de la població. El 2008, la Direcció General de

Salut Pública del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat va constituir la Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya, per tal que elaborés una proposta d'intervenció per disminuir les desigualtats socials en la salut en l'àmbit de la salut pública (73). Així, en aquesta tesi es considera que el marc conceptual de la Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en la Salut a Espanya (74) és el més idoni per estudiar el consum de substàncies psicoactives. Per aquest motiu, s'ha adaptat el marc conceptual de la Comissió al cas concret de les substàncies psicoactives (**Figura 1**).

Figura 1. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en el consum de substàncies psicoactives. Adaptat del marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en la salut de la Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en la Salut a Espanya, 2010 (74)



1.5.1.Determinants estructurals

a) Context socioeconòmic i polític

Els països europeus s'emparen en tres convenis de les Nacions Unides per controlar la producció, el comerç i la possessió de substàncies psicoactives. Tot i així, hi ha una gran variabilitat entre els diferents països en la legislació i en les prioritats nacionals, com també en les formes d'aplicar i complir les lleis. Malgrat aquesta variabilitat, totes les estratègies nacionals segueixen l'Estratègia de la Unió Europea (UE) en matèria de lluita contra les drogues (2013-20) i el seu Pla d'Acció (2017-20). Un altre element en comú de les diferents estratègies nacionals és la prevenció del consum de drogues i els problemes relacionats amb el consum entre la població jove (21). D'altra banda, la UE té competència per establir unes regles mínimes sobre la definició de delictes i sancions en l'àmbit del tràfic de drogues il·legals i precursors, que permet un enfocament comú a nivell de tot el territori. Tot i així, la possessió per al consum personal no està inclosa específicament en aquest marc, i els Estats Membres estan obligats a prendre les mesures necessàries per garantir sancions penals efectives, proporcionades i dissuasives davant dels delictes (75).

La ràpida aparició de noves substàncies psicoactives, i la diversitat de productes disponibles, fa que cada vegada hi hagi més països que han elaborat noves lleis específiques per abordar-les. Un exemple d'aquestes noves substàncies són les relacionades amb alguns hipnosedants, com ara les benzodiazepines. En els últims anys, sembla que ha augmentat l'oferta i la disponibilitat d'aquestes

substàncies que no estan controlades per lleis internacionals de control de drogues. Algunes d'aquestes noves "benzodiazepines" es venen com a falsificacions de medicaments que habitualment s'utilitzen per al tractament de l'ansietat, i d'altres es venen en línia (*online*) com a versions legals de medicaments autoritzats. El 2017 es van notificar unes 3.500 confiscacions de noves benzodiazepines al Sistema d'alerta precoç de la UE (21).

En el cas del cànnabis, existeixen lleis internacionals que obliguen al control dels productes i les plantes de cànnabis, tot i que hi ha permisos per al seu ús mèdic o industrial (75). Des del 2017, es venen productes de la planta i de l'oli de cànnabis a botigues dietètiques i botigues especialitzades en diferents països de la UE. Aquests productes es venen sota la premissa que tenen poc o cap efecte intoxicant, i per tant, no estan controlats per les lleis antidroga. D'altra banda, la política agrícola comuna de la UE subvenciona algunes varietats de la planta de cànnabis per a usos industrials, sempre que el contingut de Tetrahidrocannabinol (THC) no sobrepassi el 0,2% (21). Tot i així, els països europeus no han intentat legalitzar el cànnabis recreatiu de la manera que està succeint a Uruguai i en alguns estats dels Estats Units. Els pocs països que han desenvolupat sistemes per produir i distribuir legalment cànnabis amb finalitats mèdiques garanteixen que aquests estiguin estrictament regulats. D'aquesta manera, cap país permet el subministrament o la possessió de cànnabis medicinal sense recepta mèdica, i el cànnabis que es proporciona per a ús mèdic es cultiva sota la supervisió governamental (75). En relació a les sancions imposades als delictes relacionats amb el cànnabis, en general els

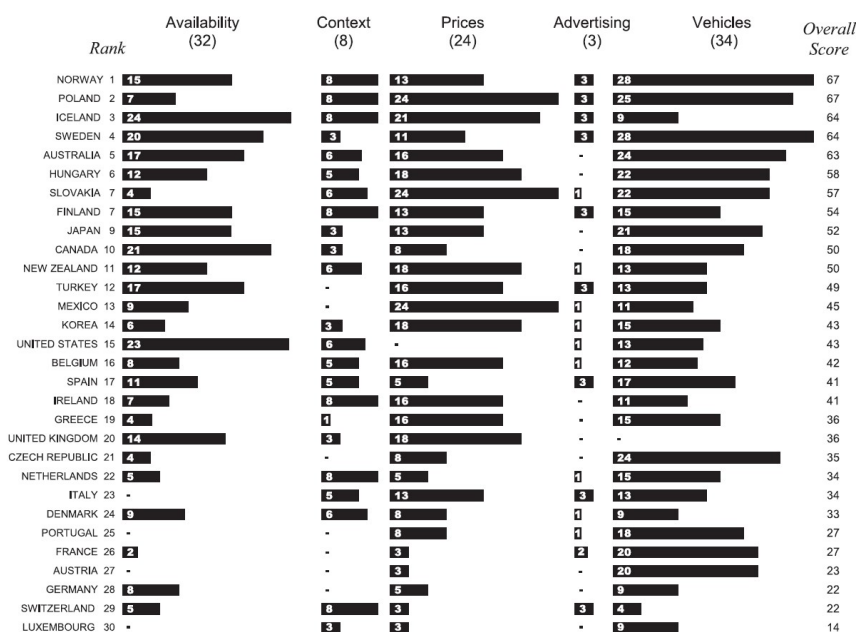
països europeus es poden dividir en dos grups. Un primer grup de països, en el que hi trobem Espanya, apliquen sancions en funció del dany que pot causar la utilització de les diferents drogues. El cànnabis normalment s'inclou entre aquelles drogues que no incorren en la màxima resposta legal. El segon grup de països, en canvi, apliquen les mateixes sancions legals per a totes les drogues il·legals, inclòs el cànnabis. Aquesta situació, fa que sigui difícil discernir un enfocament comú a la legislació del cànnabis en els diferents països de la UE (75). Els pocs estudis que avaluen l'impacte dels canvis de les lleis sobre el consum de cànnabis indiquen que no està clar quin és l'efecte de l'augment o la reducció de les sancions legals en els nivells de consum. Per una banda, sembla que els efectes de la llei poden variar segons la percepció de les persones usuàries sobre les sancions que poden rebre, i per l'altra, que les taxes de consum també poden veure's afectades per altres factors, com polítiques contra el tabaquisme i altres estratègies de prevenció ambiental (75). D'altra banda, també s'han realitzat alguns estudis després de la legalització del cànnabis en alguns estats dels Estats Units. Aquests, en general, indiquen que la prevalença de consum de cànnabis ha augmentat després de la seva legalització, que el seu consum s'inicia a edats més precoces i que han augmentat les visites i les admissions per tractament relacionades amb l'ús d'aquesta substància (76,77). A més a més, sembla que la legalització del cànnabis pot afectar les normes i la percepció del risc del seu ús, i com a conseqüència, produir-se un augment del seu consum. Tot i així, els estudis que analitzen la relació entre la legalització del cànnabis i la percepció del risc

mostren resultats contradictoris (77,78). Altres factors, com per exemple la cultura o les normes sobre el cànnabis existents abans de la seva legalització, les taxes de consum prèvies o la diversitat de mecanismes en els que la legalització pot influir en les normes i les percepcions, poden explicar la diversitat de resultats.

L'alcohol és l'única substància psicoactiva amb un impacte global significatiu en la salut de la població que no està controlada a nivell internacional per marcs regulatoris legalment vinculants. De fet, l'alcohol està sota la jurisdicció dels tractats i del sistema de comerç internacional, que s'ha centrat en maximitzar la llibertat de comerç internacional i la inversió, més que en l'interès en la salut pública (3). Tot i així, molts països han desenvolupat diverses mesures polítiques relacionades amb l'alcohol per tal d'abordar els problemes associats al seu consum. En aquest sentit, l'any 1992 la UE va ser la primera regió que va adoptar un Pla d'Acció Sobre l'Alcohol (79), i el 2010 es va crear l'Estratègia Global per reduir el consum nociu d'alcohol 2012-2020 (80). La influència de les polítiques de control de l'alcohol sobre el seu consum ha estat analitzada en diferents estudis. L'evidència indica que, en general, en aquells països europeus on existeixen polítiques sobre l'alcohol s'ha produït una major disminució de la càrrega de malaltia i mortalitat atribuïble a l'alcohol, en comparació als països que no tenen aquest tipus de polítiques (5). De fet, sembla que les polítiques sobre l'alcohol són un determinant important del consum i dels problemes associats amb l'alcohol, tant en la població general com en l'adolescent (62–65). De les diferents polítiques existents, s'ha trobat que els impostos sobre l'alcohol, la regulació de la

publicitat relacionada amb l'alcohol i la restricció de la seva disponibilitat (com per exemple establir una edat mínima per comprar i consumir alcohol o la prohibició de la seva venda en centres escolars), s'associen a una disminució del seu consum (3,5,63,64,66,69,70,81–84). Malgrat que hi ha diferents polítiques que semblen ser efectives per reduir el consum d'alcohol, no totes les mesures tenen la mateixa presència en els diferents països. La mesura més estesa a nivell mundial és la fixació de taxes o impostos, mentre que la presència de regulacions sobre la disponibilitat física de l'alcohol i la seva comercialització és significativament menor (3). La **Figura 2** mostra un exemple de l'extensió de diferents polítiques relacionades amb l'alcohol en diversos països de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE). En aquesta s'observa que les mesures relacionades amb el preu de l'alcohol són les que obtenen la puntuació mitjana més alta, mentre que les mesures relacionades amb la disponibilitat física de l'alcohol són el domini amb una puntuació mitjana més baixa. Així mateix, també s'observen diferències entre els diferents països (85). En aquest sentit, encara que en general el desenvolupament i la implementació de polítiques sobre alcohol ha millorat a nivell mundial, s'estima que el 67% dels països de renda alta tenen polítiques nacionals sobre l'alcohol, però en canvi només tenen aquest tipus de polítiques el 15% dels països de renda baixa (**Figura 3**) (3).

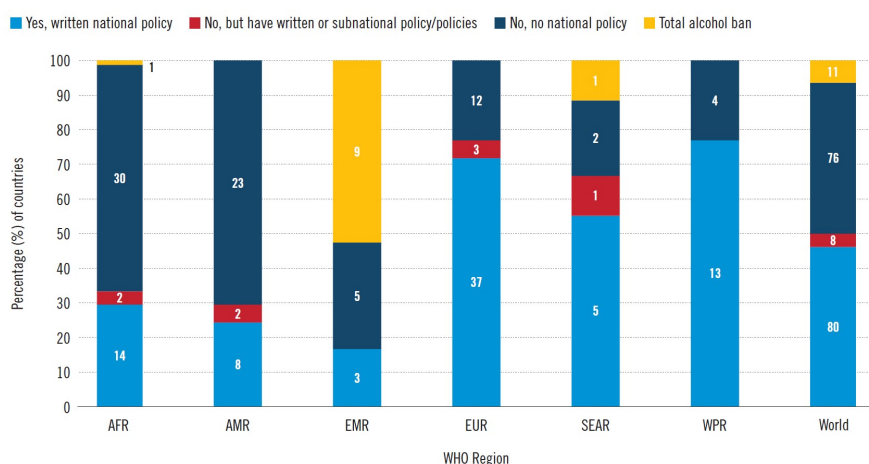
Figura 2. Puntuacions desglossades de les polítiques sobre l'alcohol en funció del domini de regulació en 30 països membres de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic, 2000-2005.



*La longitud de les barres indica la puntuació atribuïda a cada país en les polítiques de control de l'alcohol en cadascun dels cinc dominis de regulació (disponibilitat física de l'alcohol, context del consum, preus de l'alcohol, publicitat de l'alcohol i vehicles de motor). Les puntuacions totals no sempre reflecteixen la suma de les puntuacions de cada domini degut a errors d'arrodoniment. El símbol "-" significa que s'ha atribuït 0 punts en un domini determinant. Els números entre parèntesis indiquen el valor total de cada domini. Les puntuacions mitjanes de cada domini i la mitjana global es mostren a sota de les barres.

Font: Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. Brand et al, 2007 (85)

Figura 3. Presència d'una política nacional escrita sobre l'alcohol per regió de l'OMS i percentatge de països amb aquest tipus de política (n=175 països), 2016.



**Els números en les barres de color indiquen el número de països en aquella categoria i la longitud de cada barra indica el percentatge de països en aquella categoria. AFR=Regió Africana de l'OMS; AMR=Regió de les Amèriques de l'OMS; EMR=Regió Mediterrània Oriental de l'OMS; EUR=Regió Europea de l'OMS; SEAR=Regió Sud-Est Asiàtic de l'OMS; WPR=Regió del Pacífic Occidental de l'OMS.*

Font: Global status report on alcohol and health 2018. Organització Mundial de la Salut, 2018 (3).

Tot i l'efectivitat mostrada per les diferents polítiques sobre l'alcohol, cal tenir en compte que aquestes no són igualment aplicables ni efectives en tots els països, sinó que cal considerar el conjunt de factors socials, demogràfics, culturals i econòmics que influeixen en aquestes, i que varien entre els diferents països (69). De fet, sembla que els factors sociodemogràfics i econòmics poden explicar millor els canvis del consum total d'alcohol d'un país que les mesures polítiques en si mateixes (72). Així, és probable que només tenint en compte de forma simultània altres factors contextuais com factors socials, culturals, econòmics, religiosos o demogràfics, sigui possible entendre els canvis en el consum (86) i

estimar sota quines circumstàncies les polítiques de control són més efectives (87). En aquest sentit, un estudi europeu va trobar que els preus de les begudes alcohòliques no influïen en el seu consum, però que en canvi la urbanització, l'increment dels salaris i l'emancipació de les dones reflectien canvis notables en el consum d'alcohol (72). D'altra banda, s'ha trobat que la igualtat de gènere, els interessos de la indústria de l'alcohol i la publicitat sobre aquest són importants moduladors de les normes existents en una societat en relació al consum d'alcohol (44). Concretament, una major igualtat de gènere s'associa a un major consum d'alcohol entre les dones (44,88) i la publicitat pot reflectir el poder de la indústria de l'alcohol permetent que aquesta influeixi en els valors d'una societat (44). Finalment, sembla que la normalització del consum d'alcohol en la població adulta pot associar-se al consum d'alcohol en la població jove. Així, hi ha evidència que el consum d'alcohol per càpita i els patrons de consum de risc de les persones adultes s'associen a un major risc de borratxeres en joves (61) o que hi ha una correlació en el "*binge drinking*" i altres conductes de risc relacionades amb el consum d'alcohol (com per exemple conduir sota els efectes de l'alcohol) a nivell poblacional entre joves i adults (63,66,89). Un altre factor contextual important és la desocupació (71). En aquest sentit, sembla que com més elevades són les taxes de desocupació, major és la incidència del consum de risc d'alcohol. Així mateix, quan els ingressos disponibles per llar són més elevats, menor és la incidència del consum de risc d'alcohol.

b) Eixos de desigualtat

Les diferències biològiques entre dones i homes no expliquen completament les diferències de gènere en la salut (90–92). Segons el problema de salut que estiguem estudiant, tant sexe com gènere tindran una rellevància determinada, ja sigui de forma independent o conjunta (93). D'aquesta manera, els factors psicosocials poden tenir un rol important creant, mantenint o reforçant les diferències biològiques en la salut (94). Per exemple, la construcció de la masculinitat tradicional pot comportar que els homes estiguin més exposats a determinats riscos i hàbits no saludables (90,91). Així doncs, per una banda, és important que en la investigació sobre la salut es realitzin anàlisis separades per sexe, ja que si no s'estarà assumint que els determinants de la salut són els mateixos per a ambdós sexes (91). D'altra banda, no és possible entendre les desigualtats en la salut segons el gènere sense tenir en compte les desigualtats segons diferents posicions socials i econòmiques (com per exemple, la classe social), ja que les persones pertanyen a un gènere i a una determinada posició social i/o econòmica (91). Així doncs, cal tenir en compte les diferents posicions en la societat i els múltiples rols realitzats segons gènere, i com el seu impacte en la salut varia en funció de la posició socioeconòmica i de la privació material (91,95). Finalment, tampoc poden analitzar-se les desigualtats de gènere en la salut sense tenir en compte la seva interacció amb l'edat. S'ha observat que les desigualtats de gènere varien al llarg de la vida, a causa que dones i homes adopten patrons de comportaments diferencials en les diferents etapes vitals. Aspectes com els canvis generacionals, la maternitat, la criança o la

incorporació al mercat laboral determinen diferents configuracions de les desigualtats de gènere en la salut en els diferents grups d'edat (96–98).

Malgrat la interrelació dels diferents eixos de desigualtat, per facilitar la comprensió de la seva influència en el consum de substàncies psicoactives, a continuació es mostrarà cada un per separat.

Gènere

En general, els homes mostren un major consum en tots els tipus de substàncies i unes pautes de consum més intenses i regulars que les dones (7,21). És possible que gran part d'aquestes diferències entre dones i homes reflecteixin diferències socials entre ambdós gèneres, com per exemple les responsabilitats parentals o la desigual capacitat de negociació de les relacions personals (99).

D'aquesta manera, s'ha observat que la prevalença de consum de risc d'alcohol o de cànnabis, tant a nivell europeu com estatal, és major en els homes (3,21,44–46,50,100). En el cas de l'alcohol, el seu consum ha estat tradicionalment major en els homes ja que s'ha vist reforçat al relacionar-se amb una demostració de la seva masculinitat (101). En les dones, en canvi, aquest consum ha estat menor a causa de la creença que les seves conductes i responsabilitats socials (associades al rol de cuidadores) es veuen més afectades per aquest consum (44). En relació al cànnabis, sembla que aquesta és la substància en la que s'observen majors diferències en la prevalença de consum entre els dos sexes en la població espanyola de 15 i 64 anys (el 43,6% del homes han

consumit cànnabis alguna vegada a la vida en comparació al 26,8% de les dones) (7). És possible que el consum de cànnabis sigui inferior en les dones perquè es tracta d'una substància il·legal, i per tant el seu consum pugui comportar un major rebuig social en les dones en comparació als homes (99). Tot i així, l'apoderament de les dones pot augmentar la igualtat de gènere en una societat i contribuir al canvi de les seves normes relacionades amb el gènere (44). D'aquesta manera, una major igualtat de gènere pot comportar avantatges en la salut d'ambdós sexes, però també pot promoure conductes de risc en les dones tradicionalment més comunes entre els homes, com per exemple el consum de substàncies (44,90,102,103). El canvi en la socialització dels rols de gènere en les diferents generacions (d'una educació basada en un model tradicional dels rols de gènere cap a un model de rols més igualitari), pot comportar una tendència a igualar els hàbits de consum de substàncies. Així doncs, encara que en context general els consums siguin majors en els homes que en les dones, aquestes diferències sembla que tendeixen a desaparèixer entre la població adolescent a causa d'un augment del consum de les dones (104).

Contràriament al que s'observa en aquestes dues substàncies, les dones realitzen un major consum d'hipnosedants que els homes (47,48,50,105,106). Concretament, s'estima que 1 de cada 4 dones espanyoles d'entre 15 i 64 anys ha consumit hipnosedants alguna vegada a la seva vida, en comparació al 16% dels homes d'aquest mateix rang d'edat (7). Aquest major consum pot respondre al fet que les dones presenten una major prevalença de trastorns afectius, depressió i ansietat que els homes (107). Tot i això, cal indicar que

una proporció considerable de persones consumidores d'hipnosedants els consumeixen conjuntament amb altres drogues. En aquest cas, l'hàbit del co-consum d'hipnosedants amb alcohol i/o altres drogues il·legals és més comú en els homes que en les dones (7).

Edat

El consum de substàncies psicoactives afecta persones de tots els grups d'edat. Tot i així, la població adolescent i la jove adulta són especialment vulnerables (20,108–110). L'adolescència i l'etapa adulta jove són un període de transició en què es produeix un desenvolupament físic i psicològic que comporta canvis a nivell cognitiu i emocional (20,111). Així, el consum de substàncies a aquestes edats pot produir canvis funcionals i estructurals en el cervell que poden persistir en l'edat adulta (108,112). A més a més, sembla que el consum de substàncies durant l'adolescència, com per exemple d'alcohol, es relaciona amb el consum i amb problemes associats a aquest en l'edat adulta (113). L'adolescència és un període crític per a l'inici del consum de substàncies. Aquesta vulnerabilitat en l'inici de consum està influenciada per factors tant individuals com contextuals, com ara la falta de coneixement sobre les substàncies i les seves conseqüències, els trets de personalitat (impulsivitat o cerca de sensacions), el consum de substàncies dins de l'entorn familiar, les normes socials o els entorns propicis al consum (20). D'altra banda, les persones adolescents que comencen a consumir substàncies a una menor edat tenen més probabilitat de tenir problemes psicosocials, com per exemple problemes de

conducta, trastorns psiquiàtrics, problemes en l'entorn familiar o de relació entre iguals (114). En el cas de l'alcohol, s'ha observat una major probabilitat de desenvolupar un consum de risc (51,53,54,115), de consumir altres substàncies, de realitzar altres conductes de risc (com viatjar amb un conductor que condueix sota els efectes de l'alcohol, implicar-se en baralles o patir accidents o lesions) i de tenir una menor percepció del risc de consumir alcohol (115), en comparació a les adolescents que han començat a consumir alcohol més tard.

Tot i la major vulnerabilitat d'iniciar el consum de substàncies durant l'adolescència i l'edat adulta jove, s'ha vist que l'edat d'inici de consum no és la mateixa per a totes les substàncies. A Espanya, l'alcohol i el tabac són les substàncies psicoactives legals que es comencen a consumir de forma més precoç, i en el cas de les substàncies il·legals, ho és el cànnabis. Contràriament, els hipnosedants són la substància psicoactiva que es comença a consumir a una edat més avançada (7). Segons dades del 2017, la mitjana d'edat d'inici de consum d'alcohol i tabac en la població espanyola de 15 a 64 anys era de 16,6 anys, i en el cas del cànnabis, se situava als 18,4 anys. En relació als hipnosedants, la mitjana de l'edat d'inici de consum era de 34,4 anys en els hipnosedants amb recepta mèdica i de 31,6 anys en els que són sense recepta. Les edats d'inici de consum de tabac, alcohol i cànnabis a nivell espanyol s'han mantingut força estables durant els darrers deu anys. En el cas dels hipnosedants, però, l'edat d'inici en anys anteriors era superior als 35 anys (7).

Si tenim en compte els diferents patrons de consum en funció de l'edat, s'observa que en general la població adolescent i jove fa un major consum de risc (o abusu) d'alcohol que les persones de més edat (3,7). Aquesta situació comporta que les persones joves estiguin desproporcionadament afectades pel consum d'alcohol i mostrin una major proporció de morts atribuïdes al seu consum en comparació a les persones de més edat (3,5). Tot i així, cal indicar que la freqüència del consum d'alcohol és major en les persones de més edat (7,116). A Espanya, el consum diari d'alcohol, tant en la població en general com en les persones consumidores de risc, és major a mesura que augmenta l'edat. Aquesta situació podria explicar-se per l'hàbit de les persones de més edat de consumir begudes alcohòliques en els àpats. A més a més, també sembla que aquells consums que indiquen una possible dependència de l'alcohol segons el test AUDIT són més freqüents en persones de més edat, i sobretot en homes (7). Una altra diferència en el consum d'alcohol de la població en funció de l'edat és el tipus de begudes consumides. En el context espanyol, el percentatge de consumidors/es de vi augmenta amb l'edat, i assoleix el seu màxim en el grup de 55 a 64 anys. Contràriament, la prevalença de combinats/cubates disminueix de forma progressiva a mesura que augmenta l'edat (7). Pel que fa al cànnabis, el seu consum disminueix a mesura que augmenta l'edat (7,20). A nivell espanyol, la major prevalença de consum d'aquesta substància es troba en persones d'entre 15 i 24 anys (7). Sembla que les creences i les actituds davant del consum de cànnabis, com per exemple que és una substància menys nociva o que és la droga il·legal més fàcil

d'obtenir, poden ajudar a explicar l'elevada prevalença de consum entre la població adolescent. D'altra banda, el risc de desenvolupar dependència sembla que és major entre les persones que han començat a consumir cànnabis en l'adolescència en comparació a les que han començat més tard (20). Contràriament al que s'observa en el consum de cànnabis, la prevalença de consum d'hipnosedants és major a mesura que augmenta l'edat de les persones, sobretot en les dones (7,16,17). Per exemple, a Espanya s'estima que el 65% de les dones que han consumit hipnosedants en els últims 30 dies tenen entre 45 i 64 anys d'edat (7). D'altra banda, tal i com ja s'ha indicat, els hipnosedants són l'única substància en la que s'observa un major consum en les dones en comparació als homes (47,48,50,105,106). Tot i així, si es té en compte l'edat d'inici de consum, sembla que els homes espanyols comencen a consumir aquest tipus de substància a una edat inferior que les dones (33,6 anys en els homes i 34,9 en les dones). A més a més, també s'observa que entre les persones de 25 a 34 anys hi ha una major proporció d'homes que ha consumit aquest tipus de substància en els darrers 30 dies, en comparació a les dones (12,9% en els homes i 9% en les dones) (7).

Posició socioeconòmica/classe social

La relació entre la posició socioeconòmica (PSE) i el consum d'alcohol o els problemes associats a aquest és molt complexa (117). En general, s'ha suggerit que els individus amb una PSE més afavorida són més conscients de les conseqüències de les seves conductes, i que per tant tenen una major tendència a realitzar

decisiones saludables (118,119). D'aquesta manera, sembla que les persones amb una PSE més afavorida tenen menys risc de morir per causes atribuïdes a l'alcohol, en comparació a les persones amb una PSE més desafavorida (5). De fet, en els països més desenvolupats en general s'observa una major proporció de persones abstèmies entre les que tenen una PSE més afavorida, però tot i així, entre les consumidores hi ha una tendència a beure de forma més problemàtica (120,121). En aquest sentit, existeixen estudis que han reportat un major consum problemàtic d'alcohol entre les persones amb un nivell d'estudis més alt (122–124). No obstant i això existeixen resultats contradictoris, i altres estudis suggereixen que el consum excessiu d'alcohol pot ser una conseqüència d'uns ingressos més baixos i d'un menor nivell d'estudis (125–127). En el cas d'Espanya, sembla que hi ha una major presència de persones amb estudis primaris i una infrarepresentació de persones amb estudis universitaris entre les persones consumidores de risc d'alcohol, sobretot a partir dels 35 anys (7).

Pel que fa al cànnabis, hi ha evidència que el seu ús és més freqüent entre els adults amb una PSE més desafavorida (48,100,128). A més a més, alguns estudis mostren una forta associació entre una PSE desafavorida i problemes greus amb l'ús de substàncies en adults (100,129). En aquest sentit, sembla que les persones amb estudis universitaris tenen menys símptomes de trastorn per ús de cànnabis que les persones amb un menor nivell d'estudis (130). A nivell espanyol, entre les persones consumidores problemàtiques de cànnabis hi ha una menor proporció de persones amb estudis universitaris, en comparació a les que tenen un nivell d'estudis més

baix (per exemple, un 4,8% de les consumidores problemàtiques de cànnabis de 35 a 64 anys tenen estudis universitaris, un 78,2% tenen estudis secundaris i un 17,0% tenen estudis primaris) (7). D'altra banda, sembla que les persones que passen d'una PSE afavorida durant la infància a una PSE més desafavorida en l'edat adulta, o bé aquelles que romanen en una PSE desafavorida durant ambdues etapes vitals, tenen un consum de cànnabis superior (131). Tot i això, alguns estudis indiquen que les persones amb estudis universitaris tenen més probabilitats d'haver provat les drogues il·legals que les que no han completat els estudis secundaris (132).

Finalment, també hi ha evidència que les persones amb un menor nivell d'estudis realitzen un major consum d'hipnosedants (47,133–136). A més a més, sembla que una PSE desafavorida s'associa de forma significativa amb un ús no mèdic de medicaments receptats (100,137–139), com per exemple els hipnosedants (136). Malgrat això, existeixen estudis que indiquen que la utilització d'hipnosedants no varia en funció del grup socioeconòmic (122–124,140).

1.5.2.Determinants intermedis

Situació laboral

Hi ha evidència que les persones desocupades tenen més probabilitats de consumir quantitats excessives d'alcohol, consumir drogues il·legals i amb prescripció mèdica, i fins i tot de desenvolupar dependència (56,118). De fet, estar en situació de desocupació s'ha vist associat a tenir un trastorn per ús de substàncies (57). Tot i això, hi ha resultats contradictoris, ja que

existeixen estudis que reporten una manca d'associació entre la desocupació i la prevalença de consum de risc d'alcohol (141). A més, altres estudis indiquen que la pèrdua involuntària de la feina no influeix en la quantitat d'alcohol consumit diàriament, però en canvi, sí que incrementa la probabilitat de les persones que no consumien alcohol de començar el seu consum (142). Aquesta diversitat de resultats pot ser causada per l'existència de diferents mecanismes que es posen en marxa davant de les restriccions econòmiques i que poden conduir a resultats oposats (50,143). Un d'aquests mecanismes, per exemple, comportaria un augment del consum d'alcohol com a estratègia d'afrontament per disminuir el malestar psicològic derivat de la desocupació. Un segon mecanisme, en canvi, portaria a una disminució del consum perquè es destinarien menys diners a begudes alcohòliques com a conseqüència de les dificultats econòmiques. D'altra banda, sembla que l'edat també és un factor important en analitzar l'associació entre el consum d'alcohol i la situació laboral. A Espanya, per exemple, és entre les persones consumidores de risc d'alcohol menors de 35 anys i d'entre 45 i 54 anys on s'observa una major proporció de persones que estan a l'atur (7).

Pel que fa al cànnabis, sembla que en general les persones desocupades en fan un ús, tant esporàdic com excessiu, major que les persones que treballen (50). En el cas d'Espanya, s'ha observat que entre les persones consumidores problemàtiques de cànnabis hi ha una major proporció de persones que estan a l'atur en comparació a la que s'observa entre les consumidores no problemàtiques o entre la població general. Per exemple, en la

població de 35 a 64 anys el 30,4% de les consumidores problemàtiques estan a l'atur, mentre que en les consumidores no problemàtiques i en la població general la proporció de persones a l'atur és del 17% i del 13%, respectivament (7). Tot i això, hi ha estudis que indiquen que no hi ha una associació entre la desocupació i el consum de cànnabis (144). Cal indicar, però, que hi ha pocs estudis que explorin aquesta relació, ja que la majoria dels estudis sobre el consum de cànnabis se centren en la població adolescent.

El consum d'hipnosedants també sembla que és major entre les persones en situació d'atur (50,140). Aquesta major utilització d'hipnosedants sembla que es pot donar fins i tot abans de perdre la feina, per exemple, en persones que estan exposades a una reducció de personal en el seu lloc de treball (145). És probable que aquest major consum estigui associat amb una major prevalença de trastorns afectius i d'ansietat entre les persones desocupades (146). De fet, alguns estudis indiquen una gran presència de simptomatologia depressiva, i en menor mesura d'ansietat, en les persones d'aquest col·lectiu que les pot portar a desenvolupar estratègies d'afrontament desadaptatives, com ara l'ús de substàncies (147). En aquest sentit, s'ha descrit que el consum de fàrmacs psicotròpics és major entre les persones que presenten algun tipus de trastorn mental, sobretot de l'estat d'ànim (105).

D'altra banda, cal indicar que hi ha estudis que han explorat la relació entre la desocupació i el consum de substàncies en el sentit invers. Aquests estudis mostren que l'ús de substàncies incrementa la probabilitat de desocupació, disminueix l'oportunitat de trobar i

mantenir una feina (56,148,149), així com de tenir més problemes dins de l'àmbit laboral com conflictes amb els companys/es i/o el/la cap, arribar tard o una pèrdua de productivitat (148,150).

Finalment, cal tenir en compte que les condicions laborals, com el control de la feina, el suport social, la precarietat o les demandes laborals, també s'han vist associades a diferents conductes relacionades amb el consum de substàncies, com per exemple el “*binge drinking*” o el consum abusiu d'alcohol (151–157). Així mateix, un menor nivell de benestar laboral s'ha associat a una major freqüència de consum d'alcohol i a una major utilització de substàncies psicoactives amb recepta mèdica, així com també a un major risc d'experimentar efectes relacionats amb la feina a causa de la medicació psicoactiva (150).

Disponibilitat i accés

Tal i com s'ha indicat anteriorment, una de les polítiques de control de l'alcohol que ha mostrat ser efectiva en reduir el seu consum és la restricció de la seva disponibilitat. Malgrat que en diversos països (entre ells Espanya) existeixen normatives que regulen la venda i el consum d'alcohol, així com la producció, ús, consum i tràfic de substàncies il·legals, sembla que els adolescents tenen una gran accessibilitat a les substàncies tant legals com il·legals (11,158). En aquest sentit, més del 90% de la població espanyola escolaritzada de 14 a 18 anys percep un fàcil accés a l'alcohol (11). D'altra banda, entre la població adulta jove, sembla que els anys d'assistència a la universitat són un context que proporciona moltes oportunitats de consumir alcohol i un accés relativament fàcil. A

més a més, sembla que les polítiques i les sancions sobre el consum d'alcohol en els campus universitaris no dissuadeixen el seu consum, sinó que més aviat es perceben com un repte divertit que augmenta el desig de rebel·lar-se (159). Un dels aspectes que cal considerar a l'analitzar l'accés de la població adolescent i adulta jove a l'alcohol a Espanya és el fenomen del "botellon". Aquest fenomen, que consisteix en reunions de joves per consumir alcohol en espais públics, com parcs o places, s'ha generalitzat en moltes regions espanyoles. S'ha observat que el "botellon" facilita l'accés a l'alcohol d'adolescents i joves, independentment de la seva edat, augmentant així el consum d'alcohol i d'altres drogues i els problemes associats a aquests (160,161). Així, sembla que existeix una divergència entre l'existència de polítiques per reduir l'accés i la disponibilitat d'alcohol i la pràctica real d'aquestes. En el cas del cànnabis, gairebé un 70% dels i les estudiants de 14 a 18 anys, i més del 63% de la població de 15 a 64 anys resident a Espanya, perceben un accés fàcil o molt fàcil al cànnabis, essent considerada la substància il·legal més fàcilment accessible (7,11). Aquesta proporció encara és major entre les persones consumidores (89%) i especialment entre les que en fan un consum problemàtic (96%) (7). La legalització del cànnabis en alguns països, l'aprovació del cànnabis per a usos mèdics i el desenvolupament de productes cannabinoïdes sintètics poden augmentar el nombre de vies en les que les persones estan exposades al cànnabis i als seus efectes (162). Una altra possible via d'exposició és l'existència de clubs socials de cànnabis. A Espanya, igual que en altres països europeus, aquests clubs socials s'han establert per tal d'evitar les

conseqüències legals del tràfic i el subministrament de drogues (75), augmentant l'estabilitat del seu subministrament, la possibilitat de fer un consum regular i una major varietat de tipus de cànnabis disponibles (163). Després del cànnabis, els hipnosedants són la substància que es percep més fàcilment accessible per part de la població espanyola (7). D'aquesta manera, el 47% de la població estudiantil espanyola de 14 a 18 anys manifesta un fàcil accés als hipnosedants (11). Si tenim en compte la població d'entre 15 i 64 anys, més de la meitat declara que li resultaria senzill aconseguir una recepta mèdica per poder adquirir hipnosedants en un termini de 24 hores, mentre que en el cas dels hipnosedants sense recepta és el 33% de la població (7).

En el cas de l'alcohol, sembla que la percepció que tenen els joves sobre el grau de dificultat d'obtenir alcohol s'associa al seu consum (164). En relació al cànnabis, sembla que la percepció de la seva disponibilitat influeix en el risc d'iniciar el seu consum, així com també en la progressió cap a símptomes d'abús (165). Així mateix, sembla que la percepció d'un fàcil accés als productes relacionats amb el cànnabis és un dels factors que s'associa a la utilització conjunta de cànnabis i a un mal ús d'hipnosedants (166). Tot i així, alguns estudis indiquen que els trets de personalitat, com la impulsivitat i la cerca de sensacions, són millors predictors del consum de substàncies psicoactives en els joves que la percepció de la seva disponibilitat (167).

A part de la influència que pot tenir la percepció sobre la disponibilitat i l'accés, sembla que el preu de l'alcohol és un altre determinant important per comprar begudes alcohòliques en la

població adolescent (168). En aquest sentit, sembla que la disponibilitat de diners per a les despeses personals s'associa a una major probabilitat de consum d'alcohol, tant en la població adolescent (49,52) com universitària (169). La permissivitat i el control parental són un altre factor important a tenir en compte, sobretot en relació a la població adolescent. Així, sembla que les persones adolescents que perceben als seus progenitors com a més permissius en relació al consum de substàncies i amb un menor control, tenen més probabilitat de consumir substàncies com ara alcohol i cànnabis (52,55,170,171). En aquest sentit, alguns estudis indiquen que existeix una alta permissibilitat per part dels progenitors perquè els i les adolescents consumeixin substàncies, sobretot alcohol, tabac i cànnabis (158), i fins i tot indiquen que els pares són una de les principals fonts d'accés a les begudes alcohòliques (168,172–174).

1.5.3. Influència dels determinants socials durant el cicle vital

Els determinants socials anteriorment descrits afecten les persones al llarg de tot el seu cicle vital. Tot i així, cal considerar que el tipus de factors i la forma com aquests influeixen en les persones pot variar en els diferents grups d'edat. Així doncs, és important tenir en compte la interacció entre l'edat i els diferents determinants i eixos de desigualtat per tal d'identificar els grups de factors més importants associats al consum de substàncies de la població en cada grup d'edat.

Població adolescent

Tal i com s'ha indicat, l'adolescència és una etapa especialment vulnerable pel que fa a l'inici del consum de substàncies (20). Així mateix, existeix una sòlida evidència que mostra que la població adolescent i jove és un col·lectiu especialment vulnerable al consum d'alcohol (108,110). A més, sembla que el “*binge drinking*” o “l'afartament d'alcohol” és el patró de consum d'alcohol més comú entre la població adolescent (175). A aquestes edats, el consum d'alcohol s'associa a altres conductes de risc com ara conduir sota els efectes de l'alcohol, conductes sexuals de risc o violentes, etc. (110,176,177). A més a més, també hi ha evidència que indica que el consum de risc d'alcohol en l'adolescència sembla ser un factor de risc de desenvolupar dependència o altres problemes relacionats amb l'alcohol en l'etapa adulta (63,178).

D'altra banda, durant l'adolescència les persones experimenten diversos canvis psicològics i socials, com la construcció de la seva identitat o començar a prendre les seves pròpies decisions, adquirint de forma progressiva més autonomia i independència de la família i reforçant-se el grup d'iguals (179,180). Tot i així, els progenitors continuen essent uns referents importants i diversos estudis han mostrat la influència de l'entorn familiar en el seu consum de substàncies (52,171,181,182). Així mateix, malgrat que a Espanya la compra i el consum de begudes alcohòliques no està permesa en persones menors d'edat, com s'ha indicat, sembla que la població adolescent té una gran accessibilitat a l'alcohol (11).

Població adulta jove

La transició de l'adolescència cap a l'edat adulta sembla que depèn més d'esdeveniments socials que de factors biològics. Entre els esdeveniments socials que es considera que marquen l'inici de l'edat adulta, hi ha la finalització de la formació acadèmica i professional o tenir feina i independència econòmica. A Espanya, però, igual que en altres països industrialitzats, aquests esdeveniments es produeixen més tard del que es produïa en les generacions anteriors (183). En aquest sentit, s'ha definit el període que va entre els 18 i els 25 anys (o fins i tot fins als 30 anys) com l'adulthood emergent. L'adulthood emergent és un fenomen cultural (lligat a canvis sociodemogràfics com l'augment de l'accés a l'educació universitària o l'augment de l'edat de casar-se o tenir fills), que es caracteritza per tenir la llibertat i l'autonomia per prendre les pròpies decisions però sense haver assumit les responsabilitats, obligacions i compromisos de l'etapa adulta (183,184). Així, l'adulthood emergent és un període de temps de canvi, d'exploració de diferents possibilitats vitals i on es produeixen diferents conductes de risc, com per exemple el consum de substàncies (184).

Així doncs, en algunes persones l'inici de l'edat adulta coincideix amb el seu pas per la universitat. El període universitari normalment va acompanyat d'una major independència i llibertat en relació a l'entorn familiar. Durant aquest temps, algunes persones viuen fora del domicili familiar, disminuint així el control parental i augmentant la influència dels iguals. Així mateix, sembla que anar a la universitat suposa posposar l'entrada a l'etapa adulta i les

responsabilitats que aquesta comporta, i és una etapa on les activitats d'oci amb el grup d'iguals, com per exemple les festes universitàries, són una part característica d'aquesta (159,185,186). D'aquesta manera, el període universitari s'ha vist associat a canvis en diferents comportaments relacionats amb la salut, incloent el consum d'alcohol. En aquest sentit, diferents estudis han suggerit que les persones que estudien a la universitat fan un major consum d'alcohol que les persones no universitàries de la mateixa edat (187,188). A Espanya, estudis realitzats amb població universitària mostren que entre el 80% i el 97,7% de les persones universitàries consumeixen alcohol (189,190) i que al voltant del 50% han fet "*binge drinking*" en el mes anterior (191).

Població adulta

Una de les circumstàncies que marca el pas a l'etapa adulta és la incorporació de les persones al món laboral. Com s'ha indicat, diversos estudis han mostrat una associació entre la situació laboral de les persones i el consum de substàncies psicoactives (56,118). Tot i així, a l'analitzar la situació laboral de les persones cal tenir en compte la seva interacció amb els diferents eixos de desigualtat, com ara el gènere o el nivell socioeconòmic, ja que aquests influiran tant en les oportunitats d'aconseguir i mantenir una feina, com en el tipus i condicions laborals de les persones (95,192,193). Aquestes diferents oportunitats i condicions laborals poden, al seu torn, influir tant en l'accessibilitat de les persones a les substàncies com explicar diferents estratègies, relacionades amb el consum de

substàncies, que es posen en marxa per afrontar determinades condicions econòmiques.

D'altra banda, encara que en la població adolescent i jove sembla que les diferències entre homes i dones en relació al consum de substàncies tendeixen a disminuir (11,194), en la població adulta el gènere continua essent una variable molt important a l'hora d'explicar el consum de substàncies (7,21).

2. JUSTIFICACIÓ

El consum de substàncies psicoactives és un important problema de salut pública ja que representa una de les principals causes de mort, malaltia i accidents evitables en tot el món. A Espanya, l'alcohol és la substància psicoactiva legal més àmpliament consumida per la població de 15 a 64 anys. Malgrat que el consum d'alcohol pot afectar persones de totes les edats, la població adolescent i jove és especialment vulnerable a aquest consum. D'altra banda, el consum d'alcohol a Espanya es troba molt normalitzat i es considera que forma part de la seva cultura. Per tant, és necessari explorar els diferents factors socials que poden associar-se al seu consum en els diferents grups d'edat.

Diferents estudis han mostrat que el consum d'alcohol en la població adolescent s'associa tant a variables individuals com contextuals. A nivell individual, el consum de risc d'alcohol s'ha associat a variables com l'edat, el sexe, la PSE o l'estructura familiar (11,48,52,182,195) i a variables relacionades amb l'accessibilitat i la disponibilitat, com ara la permissivitat i el control parental o els diners disponibles per a les despeses personals (49,52,171,182). D'altra banda, s'ha identificat que polítiques sobre el control de l'alcohol, com les taxes o impostos sobre l'alcohol, la restricció del seu accés o la regulació de la publicitat (3,5,63,66,69,70,81–84), o diversos factors socioeconòmics, com la taxa de desocupació i canvis en els ingressos per càpita (67–72), poden ser factors contextuals importants en el consum d'alcohol i en els problemes relacionats amb aquest. Tot i així, la majoria dels

estudis sobre el consum d'alcohol en joves s'han centrat en les característiques individuals d'aquesta població (63) o bé han explorat la relació entre el consum dels joves i els adults a nivell familiar (196). Per tant, falten estudis multinivell que explorin el consum d'alcohol en la població adolescent que incloguin tant variables individuals com contextuals relacionades amb factors socioeconòmics o demogràfics i amb l'accessibilitat i la disponibilitat.

En la població adulta jove, l'entorn universitari sembla ser un àmbit important a tenir en compte quan es volen explorar els diferents determinants socials associats al consum de substàncies, i en particular d'alcohol. De forma similar al que passava en la població adolescent, l'evidència mostra que tant variables individuals com socials o ambientals influeixen en el consum d'alcohol de la població universitària (51–53,197–200). D'aquesta manera, variables individuals com el sexe, els diners disponibles, l'edat d'inici del consum d'alcohol, la percepció del risc de l'alcohol o alguns trets de personalitat, s'han associat amb el consum d'alcohol d'aquesta població. Així mateix, factors socials com l'ambient familiar, viure fora de casa dels progenitors, passar temps amb les amistats o l'ambient universitari també s'han vist associats a aquest consum. D'altra banda, també s'han portat a terme alguns estudis qualitius o mixtes pel tal d'entendre millor els motius que porten la població universitària a consumir alcohol, i per identificar els facilitadors i les barreres d'aquest consum (159,170,185,201,202). Tot i així, la majoria d'aquests estudis qualitius o mixtes són nord-americans i es coneix molt poc sobre la perspectiva de la població

universitària a nivell espanyol. A més a més, aquests estudis no han tingut en compte factors contextuals com per exemple la publicitat de l'alcohol, la disponibilitat i l'accessibilitat o l'alta presència de l'alcohol en el lloc on viuen les persones, factors que poden ser importants en el consum d'alcohol d'aquest col·lectiu (58–60,203,204). De fet, el gruix dels estudis s'han realitzat en països anglosaxons i hi ha comparativament pocs estudis en altres països, sobretot en països vitivinícoles de la Mediterrània com ara Espanya.

En la població adulta, l'evidència indica que en general les dones tenen un menor consum de risc d'alcohol i de cànnabis i un major consum d'hipnosedants que els homes, i que les persones amb una PSE desafavorida i les desocupades tenen un major consum de substàncies psicoactives. Tot i així els resultats no són concloents. Per exemple, si es té en compte el gènere i el nivell d'estudis conjuntament, la majoria de troballes indiquen una relació negativa entre el nivell d'estudis i el consum excessiu d'alcohol en els homes i una relació positiva en les dones (205,206). De forma similar, les persones amb una PSE més desafavorida acostumen a presentar unes condicions laborals adverses que poden comportar un major consum de substàncies psicoactives (56,207). Tot i això, l'efecte de la desocupació en diferents conductes relacionades amb la salut pot variar en funció del gènere (141). Davant aquesta situació, el concepte d'interseccionalitat és la perspectiva més adequada per estudiar la relació existent entre el gènere, la PSE i la situació laboral i el consum de substàncies psicoactives. Des d'aquesta perspectiva, s'entén que l'experiència i la salut d'una persona no és simplement la suma de les parts, sinó que aquestes són mútuament

constituïdes (208). Per tant, la interseccionalitat permet considerar la relació entre diverses dimensions que conflueixen en les persones o en els grups, per tal de determinar diferents posicions de vulnerabilitat davant les desigualtats en la salut. A Espanya, estudis recents han explorat la relació entre el consum de diferents substàncies en dones i homes en funció de l'estat ocupacional durant el període del 2005 al 2011 (50), sobre l'estrès laboral i el consum d'alcohol (209) o d'hipnosedants (106) en funció del gènere i del nivell d'estudis, o bé sobre les diferències entre dones i homes en el consum de diferents substàncies en funció de la cohort de naixement (194). Tot i així, manquen estudis que busquin específicament la relació entre gènere, PSE i situació laboral, incloent la possible interacció entre aquestes dues últimes variables i el consum de diferents substàncies tant legals com il·legals. Així doncs, calen més estudis que aprofundeixin en l'anàlisi de les diferències entre dones i homes en el consum de substàncies psicoactives en funció de la seva PSE i la situació laboral dins del context espanyol.

3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

3.1. Hipòtesis

Les hipòtesis d'aquesta tesi són les següents:

1. La prevalença de “*binge drinking*” en estudiants de secundària residents a Espanya varia en funció de la província de residència.
2. Diferents variables individuals, com la PSE o la permissivitat familiar, i contextuals, com les polítiques sobre l'alcohol o factors socioeconòmics i demogràfics, expliquen la distribució de la prevalença de “*binge drinking*” en estudiants de secundària espanyols en funció de la província de residència.
3. Existeixen diferents aspectes relacionats amb l'entorn que influeixen en el consum d'alcohol en la població adulta jove espanyola.
4. La importància i la freqüència d'exposició percebuda dels diferents factors de l'entorn que influeixen en el consum d'alcohol en la població adulta jove espanyola no és la mateixa per a cada factor.
5. La prevalença del consum de risc d'alcohol i de cànnabis en la població espanyola econòmicament activa és major en els homes que en les dones, mentre que el consum d'hipnosedants és major en les dones. Aquestes diferències de gènere són més grans entre les persones amb una PSE més desfavorida i entre aquelles en situació d'atur.

6. La prevalença del consum de risc d'alcohol, de cànnabis i el consum d'hipnosedants en la població espanyola econòmicament activa és major en les persones amb una PSE desafavorida i en les que estan en situació d'atur, tant en dones com en homes.
7. Les persones espanyoles econòmicament actives amb una PSE desafavorida i en situació d'atur tenen un consum de risc d'alcohol, de cànnabis i un consum d'hipnosedants major que les persones amb una PSE més afavorida i que treballen, tant en dones com en homes.

3.2. Objectius

a) Objectiu general

L'objectiu principal d'aquesta tesi és analitzar els factors socials individuals i contextuals relacionats amb el consum de substàncies psicoactives en persones joves i adultes a Espanya, posant un èmfasi especial en l'alcohol.

b) Objectius específics

1. Estimar la prevalença de "*binge drinking*" en persones de 14 a 18 anys estudiants de secundària a Espanya, en funció de la província de residència.
2. Analitzar la relació entre variables individuals i contextuals i el "*binge drinking*" en persones de 14 a 18 anys estudiants de secundària a Espanya, en funció de la província de residència.

3. Identificar els factors de l'entorn que influeixen en el consum d'alcohol en adults joves, segons la percepció d'un grup d'estudiants de 20 a 35 anys d'una universitat catalana.
4. Avaluar la importància i la freqüència que un grup d'estudiants de 20 a 35 anys d'una universitat catalana atribueixen als diferents factors de l'entorn que han identificat com a influents en el consum d'alcohol.
5. Descriure les diferències en la prevalença de consum de risc d'alcohol, de cànnabis i el consum d'hipnosedants entre homes i dones econòmicament actius de 25 a 64 anys residents a Espanya, en funció del nivell d'estudis i de l'estat laboral.
6. Analitzar com el nivell d'estudis i la situació laboral es relacionen amb el consum de risc d'alcohol, de cànnabis i el consum d'hipnosedants en homes i dones econòmicament actius d'entre 25 i 64 anys residents a Espanya.

4. MÈTODES I RESULTATS

Per tal d'assolir els objectius, aquesta tesi va portar-se a terme mitjançant tres estudis diferents. Per a cada estudi es va elaborar un article científic:

- a) Article 1: **Ester Teixidó-Compañó**, Luis Sordo, Marina Bosque-Prous, Susanna Puigcorbé, Gregorio Barrio, M. Teresa Brugal, María José J. Belza, Albert Espelt. Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: a multilevel approach. *Addiciones*. 2019;31(1):41-51
- b) Article 2: **Ester Teixidó-Compañó**, Xisca Sureda, Marina Bosque-Prous, Joan R Villalbí, Susanna Puigcorbé, Ester Colillas-Malet, Manuel Franco, Albert Espelt. Understanding how alcohol environment influences youth drinking: a concept mapping study among university students in Southern Europe. (enviat al *Journal of Mixed Methods Research*)
- c) Article 3: **Ester Teixidó-Compañó**, Albert Espelt, Luis Sordo, María J. Bravo, Ana Sarasa-Renedo, B. Iciar Indave, Marina Bosque-Prous, M. Teresa Brugal. Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32(1):41-7.

ARTICLE 1

Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: a multilevel approach

Ester Teixidó-Compañó, Luis Sordo, Marina Bosque-Prous, Susanna Puigcorbé, Gregorio Barrio, M. Teresa Brugal, María José J. Belza, Albert Espelt.

Addiciones. 2019 Jan 1;31(1):41-51 DOI: 10.20882/adicciones.975

ARTICLE 2

Understanding how alcohol environment influences youth drinking: a Concept Mapping study among university students in Southern Europe

Ester Teixidó-Compañó, Xisca Sureda, Marina Bosque-Prous,
Joan R Villalbí, Susanna Puigcorbé, Ester Colillas-Malet, Manuel
Franco, Albert Espelt

Enviat a la revista *Journal of Mixed Methods Research*

ARTICLE 3

Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status.

Ester Teixidó-Compañó, Albert Espelt, Luis Sordo, María J. Bravo, Ana Sarasa-Renedo, B. Iciar Indave, Marina Bosque-Prous, M. Teresa Brugal

Gaceta Sanitaria. 2018 Jan-Feb;32(1):41-7. DOI:
10.1016/j.gaceta.2016.12.017. Epub 2017 Mar 18

5. DISCUSSIÓ

Els principals resultats d'aquesta tesi són:

1) La prevalença de “*binge drinking*” en els últims 30 dies en persones de 14 a 18 anys estudiants de secundària a Espanya varia en funció de la província de residència, havent-hi una elevada correlació en la prevalença entre nois i noies.

2) La prevalença de “*binge drinking*” en els últims 30 dies en persones de 14 a 18 anys estudiants de secundària a Espanya està associada a variables individuals relacionades amb l'alcohol, independentment de les variables contextuals. A més, aquestes variables individuals expliquen la variabilitat en el “*binge drinking*” entre províncies.

2.1) Les principals variables individuals associades amb un major risc de “*binge drinking*” són la percepció d'un accés fàcil a l'alcohol, participar en “*botellons*”, una major permissivitat dels progenitors, un menor control parental i els diners setmanals disponibles per a despeses personals.

2.2) Les províncies amb una major proporció d'adolescents que perceben un accés fàcil a l'alcohol tenen una major prevalença de “*binge drinking*” entre els joves. No obstant i això, aquesta associació desapareix quan es tenen en compte les variables individuals.

3) Els i les estudiants universitàries d'infermeria de 20 a 35 anys d'una universitat catalana consideren que hi ha diferents factors de l'entorn que influeixen en el seu consum d'alcohol. Tot i així, la

importància i la freqüència d'exposició atribuïda a cada factor no és la mateixa.

3.1) Els factors relacionats amb la pressió grupal, les vacances i el temps lliure i l'accés a l'alcohol són els que es consideren més importants i freqüents. Contràriament, els factors relacionats amb la publicitat sobre l'alcohol es consideren els menys importants i menys freqüents.

4) La prevalença de consum de risc d'alcohol i de cànnabis en la població espanyola de 25 a 64 anys econòmicament activa és major en els homes que en les dones, mentre que el consum d'hipnosedants és major en les dones. Aquestes diferències són més grans entre persones amb un menor nivell d'estudis.

5) La prevalença de consum de risc d'alcohol i de cànnabis i de consum d'hipnosedants en la població espanyola de 25 a 64 anys econòmicament activa s'associa al nivell d'estudis i a la situació laboral, havent-hi diferències entre dones i homes.

5.1) En els homes el consum de risc d'alcohol i de cànnabis està associat negativament amb el nivell d'estudis, i positivament en el cas dels hipnosedants. En les dones, només el consum d'hipnosedants està associat negativament amb el nivell d'estudis.

5.2) Estar en situació d'atur s'associa a un major consum de risc de cànnabis i a un major consum d'hipnosedants, tant en homes com en dones, i amb un major consum de risc d'alcohol només en les dones, independentment del nivell d'estudis.

A continuació, s'expliquen i es discuteixen els principals resultats de la tesi, s'analitzen les principals limitacions dels estudis i finalment s'exposen les possibles implicacions i les recomanacions que poden extreure's dels resultats obtinguts.

5.1 Consum d'alcohol en la població adolescent a Espanya

En l'estudi ¹ es va observar que el 32,8% (IC 95%: 32,3-33,3) d'estudiants a Espanya d'entre 14 i 18 anys havien fet “*binge drinking*” en els últims 30 dies. Aquest resultat és similar al que han obtingut altres estudis tant a nivell europeu com als Estats Units, on s'indiquen prevalences d'entre el 26% i el 47% (89,110,210–213). A nivell espanyol, sembla que la prevalença d'aquest patró de consum en la població adolescent s'està mantenint relativament estable en el temps, ja que les edicions de l'enquesta ESTUDES del 2016 i del 2018 indiquen una prevalença al voltant del 32% (11,175). Tot i així, cal indicar que la prevalença de “*binge drinking*” en edicions anteriors al 2014 de l'enquesta ESTUDES era entre el 37% i el 42% (214), i per tant, sembla que la prevalença de “*binge drinking*” ha disminuït en els últims anys. Aquesta disminució podria explicar-se per un augment de la percepció del risc de realitzar un consum abusiu d'alcohol que s'ha produït des del 2014 fins al 2018, i que coincideix amb una disminució del

¹Ester Teixidó-Compañó, et al. Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: a multilevel approach. *Addiciones*. 2019;31(1):41-51

consum d'alcohol en els últims 30 dies, sobretot en la població de 14 a 15 anys i en l'enquesta del 2018. Tot i així, encara que la disminució del consum d'alcohol en els últims 30 dies sigui més marcada en l'última enquesta, més de la meitat de les persones estudiants que havien consumit alcohol en l'últim mes havien realitzat "*binge drinking*", una dada que és superior a les registrades en les edicions del 2012, 2014 i 2016 (11).

En funció del sexe, la prevalença de "*binge drinking*" en les noies va ser del 32% (IC 95%: 30,9-32,3) i en els nois del 34% (IC 95%: 33,3-34,7). Malgrat que la prevalença obtinguda va ser major en els nois, sembla que la bretxa de gènere en el consum d'alcohol està disminuït a nivell europeu, sobretot en relació al consum excessiu d'alcohol de forma episòdica (215,216). D'altra banda, cal indicar que es va obtenir una elevada correlació entre sexes en la prevalença de "*binge drinking*" segons la província de residència a Espanya ($r=0,72$). D'aquesta manera, es van observar diferències en el "*binge drinking*" de la població adolescent en funció de la província de residència, essent superior la prevalença en les províncies del centre d'Espanya, excepte Madrid, que estava situat en el quartil més baix per a ambdós sexes.

5.1.1 Determinants associats al *binge drinking* en la població adolescent a Espanya

A nivell individual, es va trobar que les variables que s'associaven a un major risc de "*binge drinking*" en adolescents eren la percepció d'un accés fàcil a l'alcohol, participar en "*botellons*" -especialment en l'últim mes-, la permissivitat dels progenitors envers el consum

d'alcohol, el control parental i els diners setmanals disponibles per a despeses personals. A més a més, les variables individuals relacionades amb l'alcohol eren les que millor predeïen les diferències observades en el "*binge drinking*" entre les diferents províncies espanyoles.

Altres estudis també han suggerit que l'accés fàcil a l'alcohol i la disponibilitat de diners setmanals entre les persones adolescents augmenten la probabilitat de consum d'alcohol i de fer "*binge drinking*" (52,211,217). D'altra banda, també hi ha evidència que la permissivitat i el control parental poden estar associats al consum d'alcohol entre les persones adolescents (52,172,182,211,218–221). Així, sembla que imposar unes regles estrictes i desaprovar completament el consum d'alcohol de les persones adolescents són factors que prevenen el consum abusiu d'alcohol i les conseqüències negatives relacionades amb aquest (219,221). Per una banda, la imposició d'un es regles estrictes pot millorar la capacitat d'autocontrol per part de les persones adolescents, i aquesta capacitat es pot relacionar amb un menor consum d'alcohol. Tot i així, sembla que un major autocontrol només s'associa a un menor consum d'alcohol si la qualitat de la comunicació entre progenitors i fills/es és bona (222). D'altra banda, les persones adolescents que declaren que els seus progenitors desaproven de forma contundent el consum d'alcohol, sembla que tenen un ambient familiar positiu (amb un major control parental o una millor comunicació), que pot atenuar l'efecte potencialment negatiu del grup d'iguals sobre el seu consum d'alcohol i augmentar la seva autoeficàcia per rebutjar l'alcohol (220). Finalment, es va trobar una

associació entre el “*botellon*” i el “*binge drinking*” en joves, tal i com també mostren altres estudis realitzats dins de l'àmbit espanyol (11,223,224). En aquest sentit, l'última enquesta ESTUDES indicava que la prevalença de “*binge drinking*” en estudiants de 14 a 18 anys que havien fet “*botellon*” en els últims 30 dies era més del triple que la d'aquells que no havien fet aquesta pràctica (11). Existeixen diferents motius que poden explicar un consum d'alcohol elevat durant la pràctica del “*botellon*”, com per exemple centrar-se en els efectes positius del consum d'alcohol (beure és divertit o facilita les relacions socials), la pressió entre iguals per beure alcohol, el major accés a l'alcohol, i les expectatives de les persones adolescents que les seves amistats les vigilaran i cuidaran si beuen grans quantitats d'alcohol (160,161,224).

A nivell contextual, les províncies amb una proporció més elevada d'adolescents que perceben un accés fàcil a l'alcohol tenien majors prevalences de “*binge drinking*” en adolescents. Aquest resultat és coherent amb l'evidència que mostra una associació entre l'existència de polítiques de control de l'alcohol més restrictives i un menor consum d'alcohol per part de la població adolescent (84,212). Les polítiques relacionades amb la disponibilitat de l'alcohol fan referència a intervencions orientades a regular la producció, distribució, venda i funcionament dels punts de venda d'alcohol, a l'establiment d'una edat mínima per comprar i consumir begudes alcohòliques o a la regulació del consum en llocs públics i en activitats d'organismes públics, entre altres. Aquesta regulació de la disponibilitat comercial i pública de l'alcohol sembla que pot no només evitar un accés fàcil a l'alcohol, sinó

també influir en la disponibilitat social i modificar normes socials i culturals que afavoreixen l'ús nociu de l'alcohol (225). Tot i així, un estudi recent realitzat a 84 països va trobar que les polítiques relacionades amb l'increment del preu de les begudes alcohòliques reduïen el “*binge drinking*” en la població adolescent que consumia alcohol, i que, en canvi, les polítiques sobre la disponibilitat de l'alcohol tenien un major impacte en les persones adolescents abstèmies, evitant que aquestes esdevinguessin consumidores d'alcohol (226).

Encara que les variables contextuais expliquessin gairebé la meitat de la variabilitat observada entre les províncies espanyoles, l'associació entre un accés fàcil a l'alcohol a nivell provincial i el risc de “*binge drinking*” en aquella província desapareixia quan es tenien en compte les variables individuals. Hi ha diverses raons que poden explicar aquest resultat. En primer lloc, encara que molts països tenen lleis que restringeixen l'accés a l'alcohol de la població adolescent, la majoria d'estudiants europeus perceben un accés fàcil a l'alcohol (210). Així, és possible que encara que les lleis puguin ser similars en les diferents províncies espanyoles hi hagi una gran varietat a l'hora de complir-les. En segon lloc, la variable contextual utilitzada en l'estudi és una variable individual agregada. Per tant, és possible que aquesta variable tingui una forta associació amb l'accés a l'alcohol i la seva disponibilitat individual. En tercer lloc, a causa que la variabilitat de les variables contextuais mesurades en aquest estudi era molt petita entre les províncies, una altra possibilitat és que el factor més influent en el “*binge drinking*” en adolescents sigui l'accés individual que té cada persona a l'alcohol.

Per últim, sembla que les persones adolescents que perceben que les lleis sobre el consum d'alcohol en menors s'apliquen de forma més estricta, també creuen que l'alcohol és menys disponible. Aquestes creences, al seu torn, es relacionen amb el consum d'alcohol en aquesta població. Així, sembla que les creences personals poden mediar l'associació entre les lleis de control de l'alcohol i el consum d'alcohol en la població adolescent (227).

Una altra variable contextual que en la literatura s'ha vist associada al consum d'alcohol de la població adolescent és el consum de la població adulta a nivell poblacional (84,89,212,213,228). Tot i així, en aquest estudi no es va trobar una associació entre el consum d'alcohol per càpita en adults i el "*binge drinking*" en les persones adolescents. És possible que la manca d'associació entre el consum d'alcohol d'adults i adolescents sigui causada pel fet que en aquest estudi la variable utilitzada per mesurar el consum d'alcohol en adults va ser extreta d'una enquesta poblacional, i per tant, potser no reflecteix adequadament la distribució del consum d'alcohol en les diferents províncies.

5.2 Consum d'alcohol en la població adulta jove a Espanya

En l'estudi 2,² al voltant del 47% de les persones estudiants universitàries havien fet "*binge drinking*" com a mínim una vegada

²Ester Teixidó-Compañó, et al. Understanding how alcohol environment influences youth drinking: a concept mapping study among university students in Southern Europe. (enviat al Journal of Mixed Methods Research)

durant l'últim any, i aproximadament el 14% declarava haver-ne fet com a mínim una vegada al mes. Aquest resultat és inferior al d'un altre estudi, realitzat també amb estudiants d'infermeria en una universitat espanyola, que indicava que més del 56% d'estudiants havien fet "*binge drinking*" com a mínim una vegada durant l'últim any, i que gairebé el 25% n'havia fet com a mínim una vegada al mes (229). Aquesta diversitat de resultats podria explicar-se per la composició de la mostra d'estudiants. La totalitat dels estudiants de l'estudi 2 eren de tercer curs, i en canvi, en l'altre estudi aquests només suposaven el 22% de la mostra i aproximadament el 60% eren estudiants de primer i segon curs. Sembla que el "*binge drinking*" en estudiants universitaris és menor quan estan a tercer curs en comparació a quan aquests cursen el primer curs universitari (51), cosa que podria explicar la menor prevalença obtinguda. Aquesta menor prevalença de "*binge drinking*" en estudiants dels cursos universitaris més avançats és consistent amb l'evidència que indica que aquest patró de consum acostuma a tenir el seu punt màxim al voltant dels 20 anys i després tendeix a estabilitzar-se o disminuir (230). No obstant i això, els resultats d'una cohort d'estudiants universitaris a Espanya indicaven que quan aquests estaven en el seu tercer curs acadèmic aproximadament el 57% dels homes i el 39% de les dones havien fet "*binge drinking*" en l'últim any, i al voltant del 36% i el 18% respectivament ho havien fet com a mínim una vegada al mes (231). Així doncs, la prevalença de "*binge drinking*" en els estudiants d'aquesta cohort quan estaven a tercer curs també era superior a la trobada en l'estudi 2. En aquest cas, però, cal indicar que les dones representaven aproximadament

el 85% de la mostra de l'estudi 2. Així, si ens fixem en la prevalença que es va trobar en les dones d'aquesta cohort universitària, aquesta no s'allunya tant dels resultats obtinguts.

En la literatura existeixen resultats contradictoris sobre el “*binge drinking*” de la població universitària en funció del sexe. Alguns estudis indiquen que la prevalença de “*binge drinking*” en els homes d'aquesta població és major que en les dones (51,231,232), mentre que altres indiquen el contrari (191,233). Tot i així, els estudis que han trobat una major prevalença en les dones en comparació als homes mesuren el “*binge drinking*” de forma diferenciada en funció del sexe. Concretament, es considera “*binge drinking*” el consum de 8 o més unitats de beguda estàndard en els homes i de 6 o més unitats de beguda estàndard en les dones, en una ocasió de consum. En altres estudis, en canvi, el “*binge drinking*” es defineix com 6 o més begudes en una sola ocasió tant en homes com en dones. Així doncs, la diversitat de resultats podria explicar-se per la variabilitat de mesures utilitzades a l'hora d'estimar el “*binge drinking*” en la població universitària. De totes maneres, sembla que el “*binge drinking*” en les dones d'aquesta població ha augmentat, i que les normes o creences socials sobre la feminitat i sobre què significa ser dona poden contribuir a les diferències que s'observen entre dones en relació a aquest patró de consum (234). Així, sembla que l'adherència a certes normes sobre la feminitat, com ara creure que és important mostrar-se físicament atractiva en públic o atribuir importància a les relacions d'amistat, augmenten la vulnerabilitat de realitzar “*binge drinking*”. Contràriament, l'adherència a altres normes considerades “tradicionalment més

femenines”, com recolzar la fidelitat sexual o creure que les dones han de ser dolces i agradables, són un factor protector d’aquest patró de consum. A més a més, sembla que la influència d’aquestes normes en el “*binge drinking*” es manté fins i tot quan es controlen factors de risc ja coneguts associats a aquest patró de consum, com ara les normes socials sobre el consum d’alcohol dels iguals o les expectatives davant de l’alcohol.

5.2.1 Determinants associats al consum d’alcohol en la població adulta jove a Espanya

La població universitària participant en l’estudi 2 va identificar un total de 55 aspectes de l’entorn que influeixen en el seu consum d’alcohol. Aquests aspectes van ser agrupats en set grups de factors diferents: Publicitat; Ambient familiar; Pressió social; Normes/responsabilitats; Vacances i temps lliure; Situacions emocionals/estat emocional; Accessibilitat. Les participants van considerar els factors relacionats amb la pressió social, les vacances i el temps lliure i l’accessibilitat a l’alcohol com els més importants i freqüents. D’altra banda, els factors relacionats amb la publicitat sobre l’alcohol van considerar-se els menys importants i menys freqüents. Així mateix, hi va haver una correlació lineal positiva entre les puntuacions sobre importància i sobre freqüència en la major part dels aspectes identificats.

Pressió social

Tal i com indiquen altres estudis (52,170,197,235,236), els resultats d’aquest estudi suggereixen que la pressió social és un factor important en el consum d’alcohol de les persones estudiants

universitàries. L'entorn dels iguals sembla que pot contribuir al consum de risc d'alcohol a través de diferents mecanismes, com les influències indirectes, el modelatge o les normes percebudes (236). Les estudiants d'aquest estudi es refereixen a la pressió directa com un factor per promoure el seu consum d'alcohol en diferents ítems, com ara amics que paguen consumicions o amics que et conviden a beure a través del WhatsApp. En relació a aquest últim punt, altres estudis han descrit la popularitat de les converses relacionades amb el consum d'alcohol a través de Twitter, així com la visió positiva de l'alcohol en els Tweets relacionats amb aquesta substància (237). D'altra banda, altres ítems inclosos en aquest grup, com les festes universitàries o els jocs de beure, poden involucrar les tres formes de pressió indicades anteriorment. En aquest sentit, se sap que en les festes universitàries es consumeixen grans quantitats d'alcohol. Per exemple, un estudi va trobar que més del 50% dels estudiants universitaris declaraven haver begut fins a emborratxar-se l'última vegada que van assistir a una festa universitària (238). Així mateix, també hi ha evidència que els jocs de beure són comuns en els campus universitaris, i que alguns estudiants alguna vegada s'han sentit pressionats per jugar a aquest tipus de jocs o bé han pressionat a alguna persona per jugar-hi (239).

Vacances i temps lliure

Dins d'aquest grup de factors, les participants van identificar els concerts o festivals i les festes populars com un dels aspectes del seu entorn més importants i freqüents en relació al seu consum d'alcohol. Aquesta visió coincideix amb els resultats d'altres estudis

que s'han portat a terme en entorns de consum, com ara festivals o locals d'oci nocturn, que indiquen que la major part de les persones que assisteixen a aquests llocs ha consumit alcohol i que una proporció significativa d'aquestes estan altament intoxicades (240–242). Així mateix, els diferents aspectes que conformen aquest grup de factors semblen indicar que la principal raó per consumir alcohol en estudiants universitaris és beure per passar-s'ho bé. Aquest resultat és coherent amb diferents estudis que indiquen que el consum d'alcohol està molt normalitzat en la nostra societat, considerant-se una part de la nostra cultura i costums, i que habitualment s'associa a la diversió i als bons moments, com ara celebracions, reunions amb amistats o al temps lliure (243,244). De fet, altres estudis també han trobat que una de les principals raons dels i les estudiants universitàries per consumir alcohol és beure per passar-ho bé (201), i que beuen perquè pensen que s'ho passaran més bé que si no ho fan (185). Un altre motiu que també recolza la visió de les persones participants sobre la importància d'aquests aspectes en el consum d'alcohol és que sembla que és necessari diferenciar entre el consum en un dia normal i aquell que es realitza en ocasions especials (com ara vacances, esdeveniments esportius, celebracions, aniversaris, etc.). Sembla que quan tenim en compte el consum d'alcohol en les ocasions especials, el consum d'alcohol setmanal augmenta substancialment (245) i que el llindar estàndard que s'acostuma a utilitzar per mesurar el “*binge drinking*” es duplica o fins i tot triplica (246).

Accessibilitat

Les participants en aquest estudi van identificar que la disponibilitat i el fàcil accés a l'alcohol, com per exemple les promocions i ofertes sobre alcohol en bars i restaurants, el preu de l'alcohol o els horaris de venda, eren un altre aspecte del seu entorn que influïa en el seu consum d'alcohol. En aquest sentit, diferents estudis realitzats en el context espanyol confirmen la visió dels i les estudiants, ja que constaten que l'ambient urbà està caracteritzat per una gran disponibilitat d'alcohol (58,247,248). Aquesta disponibilitat sembla que pot augmentar la normalització i l'acceptació social de l'alcohol. A més a més, existeixen estudis internacionals que mostren que la densitat de punts de venda d'alcohol, o les hores i dies de venda, tenen un impacte en diferents variables relacionades amb l'alcohol (249,250). Així mateix, un estudi nord-americà va trobar que les promocions, les ofertes i la publicitat relacionades amb l'alcohol eren freqüents en els punts de venda d'alcohol al voltant dels campus universitaris, i que aquest tipus d'entorn s'associava a una major taxa de "*binge drinking*" en els campus (251). S'han descrit tres vies diferents per tal d'entendre millor com una alta disponibilitat i accessibilitat de punts de venda d'alcohol pot augmentar el consum d'alcohol (252). Primerament, una major quantitat de punts de venda d'alcohol comporta un mercat local més competitiu que pot abaixar els preus de l'alcohol. Això, a la seva vegada pot conduir a un augment del seu consum. En segon lloc, els punts de venda ofereixen més oportunitats per promoure l'alcohol. La presència d'aquesta promoció de l'alcohol es pot associar a un augment del seu consum. I finalment, la major

presència de punts de venda d'alcohol pot influir en les normes socials locals relacionades amb el consum d'alcohol, i per tant, convertir el consum d'alcohol en una pràctica més acceptada.

Publicitat

La perspectiva de les estudiants d'aquest estudi contrasta amb la creixent evidència sobre els efectes de la publicitat en l'alcohol i en les conductes relacionades amb aquest. Per exemple, s'ha trobat que a Barcelona un 61% dels punts de venda i consum d'alcohol en terrasses tenen elements de màrqueting relacionats amb l'alcohol que poden considerar-se com a estímuls per vendre i consumir begudes alcohòliques (248). Així mateix, la població adolescent i jove també està altament exposada al màrqueting digital relacionat amb l'alcohol, especialment en xarxes socials com Twitter, Facebook o Instagram (253,254). L'exposició al màrqueting relacionat amb l'alcohol s'ha associat a diferents conductes relacionades amb el consum d'alcohol, com per exemple la iniciació o el consum de risc en joves i estudiants universitaris (253,255–257). En aquest sentit, sembla que la publicitat de l'alcohol activa el sistema cerebral de recompenses, de manera que pot promoure la seva conducta de consum (258). D'altra banda, la publicitat sobre l'alcohol sembla que no només influeix en el seu consum, sinó que també pot influir en les actituds, normes socials, coneixements i consciència sobre l'alcohol (259). Malgrat això, les participants en aquest estudi no van percebre la publicitat com un aspecte important ni freqüent en el seu consum d'alcohol. Una possible explicació d'aquest resultat podria ser que des de la infància, els i les joves

perceben el consum d'alcohol com una cosa totalment normal i relacionada amb les relacions socials, la diversió i les celebracions. Aquests mateixos significats són els que també reben de la publicitat de begudes alcohòliques, en la que s'associa l'alcohol amb valors positius com ara l'èxit social, la diversió, l'amistat, el plaer o la llibertat (244). Així mateix, l'evidència indica que les marques de begudes alcohòliques utilitzen múltiples estratègies per integrar les seves marques en la vida diària i en els estils de vida de les persones usuàries, per tal que aquestes formin part de la seva identitat (260–262). En aquest sentit, el màrqueting en les xarxes socials estimula que es parli sobre les marques de les begudes alcohòliques, però també permet incloure activitats relacionades amb la marca en les rutines de participació en les xarxes, fomentant un enfocament més rutinari del consum d'alcohol. Les marques, doncs, no només volen associar el consum a situacions especials o a celebracions, sinó que també volen que l'alcohol formi part del dia a dia de les persones (261). Aquesta estratègia de màrqueting fa que els missatges no necessàriament s'hagin de referir i suggerir explícitament al consum d'alcohol. L'objectiu és fomentar converses centrades en la marca de forma més àmplia i desenvolupar material interactiu per tal d'atreure l'atenció de les persones usuàries de les seves pàgines. De fet, una marca d'alcohol pot arribar a tenir moltes pàgines de Facebook, diferents clips i canals al YouTube i múltiples perfils a Twitter, que fomenten la interacció i promouen el discurs sobre els comportaments relacionats amb el consum d'alcohol (262).

5.3 Consum d'alcohol, cànnabis i hipnosedants en la població adulta a Espanya

En l'estudi 3,³ la prevalença de consum de risc d'alcohol i de cànnabis en la població espanyola econòmicament activa de 25 a 64 anys va ser del 5,3% (IC 95%: 5,0-5,7) i del 2,5% (IC 95%: 2,2-2,7), respectivament. Així mateix, el 10,8% (IC 95%:10,3-11,4) d'aquesta població va reportar haver consumit hipnosedants en els últims 12 mesos. En considerar la prevalença de consum de les tres substàncies en funció del sexe, es va observar que el consum de risc d'alcohol i de cànnabis va ser superior en els homes que en les dones, i en canvi, el consum d'hipnosedants va ser major en les dones.

En el cas de l'alcohol, un 6,7% (IC 95%: 6,1-7,4) dels homes i un 3,5% (IC 95%: 3,0-4,2) de les dones de l'estudi van mostrar un consum de risc segons el test AUDIT. Aquesta major prevalença de consum de risc d'alcohol en homes en comparació a les dones en la població econòmicament activa és consistent amb els resultats d'altres estudis (263–265). Sembla que existeixen tant factors biològics (relacionats amb el sexe) com factors sòcio-culturals (relacionats amb el gènere) que poden explicar les diferències de consum entre dones i homes (91,263,266,267). Aquests factors interaccionen de forma complexa amb el consum d'alcohol, impactant de forma diferencial en les conductes i en els problemes

³Ester Teixidó-Compañó, et al. Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32(1):41-7.

relacionats amb l'alcohol en ambdós sexes (267). Per una banda, existeixen nombrosos estudis que indiquen que les dones són més vulnerables als efectes de l'alcohol a causa de les seves característiques psicològiques, metabòliques i hormonals. Per exemple, s'ha descrit que la concentració d'alcohol en la sang després de consumir la mateixa quantitat d'alcohol i durant el mateix període de temps és més elevada en les dones que en els homes, i a més, també sembla que tendeix a persistir durant més temps en el seu organisme. Així doncs, és possible que les dones necessitin beure menys quantitat d'alcohol per sentir el mateix efecte que els homes (267–270). D'altra banda, la socialització de les persones en funció del seu sexe determina diferents valors, actituds i conductes en dones i homes. D'aquesta manera, la construcció de la masculinitat tradicional pot portar els homes a l'adopció d'hàbits no saludables o a realitzar conductes de risc per a la salut, com per exemple el consum de substàncies (91). Els homes beuen alcohol per demostrar la seva masculinitat i com una manera d'escapar del control. En les dones, en canvi, el consum d'alcohol és incompatible amb els rols domèstics tradicionalment femenins, i per tant, han de controlar el seu consum per no violar les normes socials existents (267,268). De fet, existeixen estudis que indiquen que en els països on hi ha una major igualtat de gènere hi ha menys diferències de gènere en el consum excessiu d'alcohol a causa que les dones mostren una major prevalença de consum (263). A més a més, el consum de les dones està sota un debat social que indica que el seu consum redueix la seva inhibició sexual i les fa més vulnerables a l'abús sexual. Així, les dones perceben pitjors

sancions socials per consumir alcohol o per fer-ne un ús problemàtic en comparació als homes, i consideren que els problemes relacionats amb aquest són quelcom oposat als trets femenins desitjables (267,268). En definitiva, és possible que els factors biològics produeixin diferents efectes en dones i homes (les dones poden sentir-se intoxicades amb menys quantitat d'alcohol) i que això, juntament amb les sancions socioculturals que afecten més a les dones que als homes, actuï com un mecanisme inhibidor de consumir grans quantitats d'alcohol en les dones (267).

En aquest estudi, els homes també van mostrar un major consum de cànnabis que les dones. Contretament, un 3,7% (IC 95%: 3,2-4,2) dels homes i un 0,9% (IC 95%: 0,7-1,2) de les dones, van mostrar un consum de risc segons el test CAST. De forma similar al que passava en el consum d'alcohol, sembla que tant aspectes biològics com socials podrien explicar un major consum de cànnabis en els homes (271,272). En el cas del cànnabis, però, l'evidència sobre la interacció entre els factors relacionats amb el sexe i amb el gènere i el seu consum és escassa i força recent. Tot i així, sembla que les dones poden ser més sensibles al cànnabis, desenvolupar un consum problemàtic amb més rapidesa i mostrar símptomes d'abstinència més intensos en comparació als homes (271). D'aquesta manera, les dones perceben més efectes subjectius a dosis més baixes de THC que els homes, cosa que pot contribuir a aquesta major rapidesa de progressió cap a la dependència. A més a més, sembla que les dones comencen abans el tractament per trastorn per ús de cànnabis que els homes (273,274). No obstant i això, sembla que és més probable que es diagnostiqui per trastorn per ús de cànnabis als homes en

comparació a les dones. Així doncs, els rols de gènere i les normes socials podrien tenir un paper important en el desenvolupament d'aquest trastorn (271). De fet, la poca evidència disponible indica que els rols, les normes i les relacions de gènere impacten en els patrons de consum de cànnabis en una gran varietat de maneres i de forma complexa. És possible que, tal i com passa amb el consum de risc d'alcohol, l'adherència a les normes tradicionalment femenines s'associï a un menor consum de cànnabis (272). D'aquesta manera, el consum de cànnabis pot entrar en conflicte amb els rols de gènere tradicionalment femenins, fent que les dones experimentin un major estigma i discriminació social, sobretot quan estan embarassades o són mares (271,272). En aquest sentit, s'ha suggerit que és possible que el consum de substàncies il·legals en les dones no només es consideri una conducta desadaptativa, sinó que també sigui contrari a la definició de com ha de comportar-se una dona (275). Per tant, és possible que per a les dones el consum de cànnabis sigui socialment més penalitzat que en els homes, i que això resulti en un menor consum de risc.

En el cas dels hipnosedants, en canvi, les dones de l'estudi van mostrar un major consum en els últims 12 mesos [15,0% (IC 95%: 13,9-16,2) en les dones i 7,6% (IC 95%: 6,9-8,4) en els homes]. Aquest resultat és coherent amb dades a nivell europeu, que indiquen que la taxa de prescripció d'hipnosedants en les dones és aproximadament 2 vegades més elevada que en els homes (276). El major consum d'hipnosedants per part de les dones podria explicar-se per una major prevalença de trastorns d'estat d'ànim, depressió i ansietat, en comparació als homes (107). En aquest sentit, l'estudi

epidemiològic sobre trastorns mentals a Espanya ESEMeD-Espanya va trobar una major prevalença d'aquest tipus de trastorns entre les dones (146), i que el consum de substàncies psicoactives era gairebé tres vegades més elevat en persones amb algun tipus de trastorn mental (105). Sembla que la manera en què les dones gestionen i expressen l'ansietat i l'estrès, així com la seva major tendència a buscar atenció mèdica, poden ser factors que facilitin tant el diagnòstic com el tractament de trastorns mentals en aquesta població (106). A més a més, malgrat que el procés d'elecció del tipus de tractament per part dels i les professionals de la salut sigui complex (105), és possible que aquests/es tinguin una major tendència a prescriure substàncies psicoactives en les dones en comparació als homes (277), independent del seu estat mental. Finalment, la utilització de substàncies psicoactives en les dones també podria associar-se al fet que aquestes perceben aquest tipus de substàncies com a menys perjudicials (48), o per la seva major tendència a l'automedicació (278), en comparació als homes.

5.3.1 Determinants associats al consum de substàncies en la població adulta a Espanya

Nivell d'estudis

El nivell d'estudis es va associar amb el consum d'alcohol, cànnabis i hipnosedants en els homes econòmicament actius de 25 a 64 anys. En les dones d'aquesta població, en canvi, només es va observar una associació entre el nivell d'estudis i el consum d'hipnosedants.

Així, en els homes el consum de risc d'alcohol es va associar de forma negativa amb el nivell d'estudis, mentre que en les dones no

hi havia un patró d'associació clar. La major prevalença de consum de risc d'alcohol observada en homes amb el nivell d'estudis més baix, podria explicar-se per una major tendència entre els homes d'aquest nivell d'estudis d'utilitzar l'alcohol com un mecanisme per afrontar l'estrès (143). Així mateix, tenir un nivell d'estudis baix pot comportar feines de baixa complexitat i amb menors oportunitats per l'estimulació o amb menys valor social. Per tant, aquest tipus de feina no permet tenir accés a certs beneficis, com per exemple uns majors ingressos o prestigi, fent que la probabilitat de consumir alcohol com a resposta a l'estrès pugui ser més elevada (279). D'altra banda, la distribució del consum de risc d'alcohol en funció del nivell d'estudis observada en aquest estudi suggereix que el consum d'alcohol pot distribuir-se en la població seguint la teoria de difusió d'innovacions, tal i com va passar amb el tabac (280). Des d'aquesta perspectiva, el consum d'alcohol podria haver-se començat a generalitzar en homes amb un nivell d'estudis alt, estenent-se posteriorment en els homes amb un menor nivell d'estudis i en les dones. Tot i així, existeixen resultats contradictoris. Alguns estudis han trobat un major consum de risc d'alcohol en homes amb educació secundària en comparació a aquells amb educació primària o terciària (281), altres no han trobat diferències en el consum de risc d'alcohol en homes en funció del seu nivell d'estudis, però en canvi sí en les dones (282,283), o bé han trobat que el consum d'alcohol és major en les persones amb un nivell d'estudis més alt en ambdós sexes (284). En aquest sentit, cal indicar que sembla que les enquestes auto-reportades sobre el consum d'alcohol poden estar infraestimant les desigualtats en el

consum de risc d'alcohol en funció del nivell d'estudis, tant en dones com en homes (285).

En relació al cànnabis, els homes amb un menor nivell d'estudis mostraven un major consum de risc d'aquesta substància. Aquest resultat és coherent amb altres estudis (48,286), i podria ser un reflex de les desigualtats socials en la salut (41,43). Així, les persones amb un menor nivell d'estudis podrien tenir menys oportunitats per realitzar decisions saludables en relació a conductes que afecten la seva salut, en aquest cas observant-se un major consum de risc de cànnabis. En les dones, en canvi, no hi va haver una associació entre el consum de risc de cànnabis i el nivell d'estudis. Aquesta manca d'associació podria ser deguda a la baixa prevalença de dones consumidores de risc d'aquesta substància en alguna de les categories del nivell d'estudis.

Les dones i els homes d'aquest estudi van mostrar un patró oposat en relació al consum d'hipnosedants. Concretament, les dones amb un menor nivell d'estudis eren les que feien un major consum d'hipnosedants, i en canvi, en els homes el major consum s'observava en aquells amb un nivell d'estudis més alt. Altres estudis van en la mateixa línia del resultat observat en els homes, ja que indiquen que la utilització d'hipnosedants com a forma d'automedicació és més habitual en persones amb un nivell d'estudis alt (278). Sembla que aquesta major prevalença de consum pot ser deguda a un millor coneixement dels medicaments, a més recursos econòmics o a una major sensació d'autonomia, responsabilitat o control sobre la pròpia salut.

Finalment, cal indicar que les diferències de consum entre dones i homes en les tres substàncies estudiades eren més grans en les persones amb un menor nivell d'estudis. En el cas del consum de risc d'alcohol i de cànnabis, aquest resultat es lligava amb el fet que els homes amb un menor nivell d'estudis mostraven una major prevalença de consum en comparació als homes amb un nivell d'estudis més alt. En els hipnosedants, era causat pel fet que les dones amb un menor nivell d'estudis mostraven una major prevalença de consum en comparació a les dones amb un nivell d'estudis més alt.

Situació laboral

Estar en situació d'atur es va associar amb un major consum de risc de cànnabis i amb un major consum d'hipnosedants, tant en les dones com en els homes d'aquest estudi. Així mateix, en les dones, estar a l'atur també es va associar amb un menor consum de risc d'alcohol.

Tal i com suggereixen altres estudis (266), en aquest estudi es va observar una associació més forta entre la desocupació i el consum d'alcohol en les dones en comparació als homes, essent les dones en situació d'atur les que tenien una menor prevalença de consum de risc d'alcohol. Aquest resultat podria explicar-se per l'augment de dones en posicions laborals de més responsabilitat, que pot portar-les a situacions laborals relacionades amb el consum d'alcohol (279,287). D'altra banda, s'han proposat diferents mecanismes per explicar el major consum d'alcohol en les dones que treballen, com per exemple l'estrès i la major càrrega de feina del doble rol (rol

tradicional de cuidadora i de treballadora fora de casa) o l'efecte contagiós en les dones que treballen amb companys de feina homes (270). Així, aquest estudi sembla que és coherent amb la hipòtesi de l'emancipació, que suggereix que les dones que tenen un nivell d'estudis més alt, més independència i treballen fora de casa mostren un major consum d'alcohol en comparació a les que treballen en tasques domèstiques o estan "sotmeses" als seus marits (268). En el cas dels homes, no es va trobar una associació entre el consum de risc d'alcohol i la situació laboral. En aquest sentit, un altre estudi realitzat a Espanya tampoc va trobar diferències significatives entre el consum d'alcohol excessiu en els homes en situació d'atur en comparació als que treballaven, però en canvi sí que indicava un major consum en els que treballaven en determinats sectors econòmics o ocupaven determinades categories ocupacionals (288). Així doncs, aquest resultat podria ser causat pel fet que en aquest estudi no s'ha tingut en compte ni el tipus d'ocupació ni les condicions laborals de les persones ocupades, i aquests semblen ser factors que poden associar-se a un consum excessiu d'alcohol (152–155,157,289,290). De fet, tenir una feina amb unes males condicions laborals sembla que pot tenir un efecte en la salut mental similar al fet de no tenir feina, i per tant, tenir una "mala" feina podria ser tant perjudicial per a la salut com no tenir-la (291). Tanmateix, hi ha diversos factors entre les persones ocupades, com per exemple la centralitat que ocupa la feina en les seves vides, els recursos personals, socials i financers, les valoracions cognitives o les estratègies d'afrontament, que també poden influir en la seva salut mental al perdre la feina (292).

Igual que en altres estudis (56), la prevalença de consum de risc de cànnabis tant en dones com en homes va ser major en les persones desocupades en comparació a les ocupades. En aquest sentit, la desocupació s'ha descrit com un dels principals estressors econòmics (143). Per tant, la major prevalença de consum de risc de cànnabis podria estar reflectint un mecanisme per afrontar l'estrès econòmic derivat de la desocupació. A més a més, quan la situació laboral es considera juntament amb el nivell d'estudis, s'observa una major prevalença de consum de risc de cànnabis entre els homes desocupats i entre els que tenen un menor nivell d'estudis. Aquest fet podria explicar-se pel rol tradicional dels homes com a sustentadors econòmics de la família (95). Tradicionalment, els homes han tingut la principal responsabilitat del treball productiu fora de casa mentre que les dones estaven al càrrec de la cura de les persones (91). Així doncs, els homes amb un menor nivell d'estudis podrien tenir més probabilitat d'utilitzar el consum de substàncies per afrontar l'estrès econòmic causat per la seva situació d'atur, ja que aquests pot ser que tinguin més dificultats econòmiques que els homes amb un nivell d'estudis més alt. Tot i així, no podem descartar la possibilitat d'una associació en el sentit invers, i que la pèrdua de la feina sigui conseqüència d'un elevat consum de cànnabis. A més a més, alguns estudis han assenyalat que el consum de cànnabis durant l'adolescència pot afectar el nivell d'estudis i la situació laboral en l'etapa adulta (293).

Finalment, la prevalença de consum d'hipnosedants en ambdós sexes va ser més alta en les persones en situació d'atur, independentment del nivell d'estudis. Aquest resultat és coherent

amb altres estudis realitzats en el context espanyol (50,288), i podria explicar-se per una major prevalença de trastorns de l'estat d'ànim i d'ansietat en aquest col·lectiu (146). De fet, sembla que no tenir feina pot associar-se a una mala salut mental, no només a causa de qüestions econòmiques, sinó també perquè la feina és al mateix temps una font de beneficis no materials, com ara tenir un horari diari estructurat, aportar un status social, afavorir l'autoestima, l'activitat física i mental o permetre mantenir contactes interpersonals, entre altres (95,294).

5.4 Determinants i consum de substàncies en els diferents grups d'edat

Consum d'alcohol en els diferents grups d'edat

Si ens fixem en el consum de risc d'alcohol en els tres grups poblacionals estudiats en aquesta tesi, podem observar que la prevalença de "*binge drinking*" en els últims 30 dies en la població adolescent és més elevada que en la població universitària (33% i 14%, respectivament) (estudis 1 i 2), i que la població adulta econòmicament activa és la que té una prevalença de consum de risc d'alcohol més baixa (5,1%) (estudi 3). Així doncs, els resultats dels estudis d'aquesta tesi donen suport a l'evidència que indica que tant el "*binge drinking*" com les intoxicacions etíliques agudes disminueixen a mesura que augmenta l'edat (7,124), així com també que el "*binge drinking*" és un patró de consum freqüent en la població adolescent a Espanya (11,11,295). Tot i així, és difícil fer comparacions, ja que el consum de risc d'alcohol s'ha mesurat de forma diferent en els diferents grups poblacionals. En la població

adulta econòmicament activa s'ha utilitzat el test AUDIT, ja que és un test de cribratge validat que permet identificar persones consumidores amb un patró de risc o perjudicial de consum d'alcohol (9). Sembla que el patró de consum de risc d'alcohol mesurat a partir de test AUDIT disminueix a mesura que augmenta l'edat (7). En la població adolescent i jove, en canvi, s'ha utilitzat el "*binge drinking*", ja que aquest patró de consum és més habitual en la població adolescent i jove en comparació a la població adulta (3,7), i s'associa a altres conductes de risc per a la salut en aquesta població (110,176,177). Així mateix, el "*binge drinking*" en la població universitària s'ha considerat com el consum de 6 o més begudes en una ocasió de consum, que és tal i com es mesura el "*binge drinking*" en el test de cribratge AUDIT (9). Contràriament, en la població adolescent aquest s'ha mesurat com el consum de 5 o més begudes en un interval de dues hores, que és tal i com es recull a les enquestes ESTUDES (11). La diferència en la mesura del "*binge drinking*" en aquestes dues poblacions és coherent amb la recomanació de disminuir el límit quan s'estima aquest patró de risc en la població adolescent, ja que el seu nivell de concentració d'alcohol en la sang és major al de la població d'adulta per al consum del mateix nombre de begudes alcohòliques (296).

D'altra banda, s'observa que la diferència entre dones i homes en relació al consum de risc d'alcohol és més pronunciada en la població adulta espanyola (3,5% en dones i 6,7% en homes) (estudi 3) en comparació a la població adolescent (32% en dones i 34% en homes) (estudi 1). Diferents investigacions han intentat explicar les possibles raons de la convergència entre el consum de dones i

homes que s'observa actualment en molts països (12,267,270). En general, sembla que en els països on els rols de gènere han canviat, i les dones han aconseguit una posició més igualitària en la societat, les diferències en el consum d'alcohol entre homes i dones són menors. Així mateix, hi ha altres factors socioculturals com la modernització, la urbanització, els canvis en el mercat laboral, les taxes de matrimoni o de divorci, que sembla que han pogut influir en aquests canvis en els rols de gènere i en els canvis sobre les cultures de consum (12). Com a resultat de tot això, actualment és socialment més acceptable que les dones consumeixin alcohol (12,270). La majoria de les explicacions sobre aquesta convergència, però, apunten sobretot a la incorporació de les dones al món laboral. Així, sembla que el fet que les dones treballin fora de casa ha comportat que aquestes adoptessin valors i patrons de comportaments masculins, i que la seva llibertat com a consumidores individuals augmentés (270). Tot i així, en línia amb els resultats d'aquesta tesi, sembla que la convergència de consum entre dones i homes és més notable en les cohorts més joves. En aquest sentit, sembla que a mesura que les noves generacions experimenten una major homogeneïtzació respecte a les característiques socials, econòmiques i culturals, la bretxa de gènere en relació al consum d'alcohol es torna menys significativa (267). Així, sembla que la influència del gènere en el consum d'alcohol està condicionada pel factor generacional. D'aquesta manera, en la població adulta (educada majoritàriament en un model tradicional de rols de gènere) s'observa un consum entre les dones inferior que en els homes, i en la població adolescent (educada en un model de

rols més igualitari) s'observa una tendència a l'equiparació del consum d'alcohol entre sexes (104). De fet, un estudi realitzat en el context espanyol mostra que la diferència en la prevalença de consum d'alcohol entre dones i homes en funció de la cohort de naixement s'està reduint successivament, i que les diferències de gènere en el consum d'alcohol pràcticament han desaparegut en les cohorts més joves (194).

Determinants del consum de substàncies en els diferents grups d'edat

Un dels determinants del consum d'alcohol que apareix de forma transversal en tots els grups d'edat analitzats és la disponibilitat i l'accés a les begudes alcohòliques. Cal indicar, però, que els mecanismes mitjançant els quals aquest determinant influeix en el consum d'alcohol són diferents en funció de l'edat. Així, en el cas de la població adolescent les variables que poden facilitar la disponibilitat i l'accés a l'alcohol són la percepció individual d'un fàcil accés a l'alcohol, la major permissivitat i el menor control dels progenitors i la disponibilitat de diners setmanals per a les seves despeses (estudi 1). Per la seva banda, les estudiants universitàries atribueixen la disponibilitat i l'accés fàcil a l'alcohol als horaris amplis de venda d'alcohol, a les promocions i ofertes sobre begudes que fan els bars i restaurants, i al baix preu de l'alcohol en locals nocturns en comparació a altres tipus de begudes, entre altres (estudi 2). Finalment, les dones econòmicament actives que treballen tenen un major consum de risc d'alcohol en comparació a les que estan a l'atur, i aquest resultat podria ser degut a què les

primeres tenen un major accés a les begudes alcohòliques al veure's involucrades en situacions laborals relacionades amb l'alcohol (279,287) (estudi 3).

Els estudis realitzats amb població adolescent i adulta jove a Espanya semblen indicar que el principal motiu de consumir alcohol per part d'aquestes poblacions és beure per divertir-se, i que aquest consum s'acostuma a realitzar amb el grup d'amistats (estudi 1 i estudi 2, respectivament). D'aquesta manera, el "*binge drinking*" en estudiants de secundària es va veure associat al "*botellon*", i en estudiants universitaris, l'assistència a concerts, festivals, les festes universitàries i populars o els jocs de beure, entre altres, es van identificar com aspectes relacionats amb el seu consum d'alcohol. Encara que el fenomen del "*botellon*" no va sorgir entre els aspectes identificats per part de la població universitària, un estudi realitzat en el context espanyol va trobar que el 80% de les persones estudiants universitàries i el 67% de persones adolescents practiquen "*botellon*". Així mateix, aquest estudi va identificar que durant aquesta pràctica es consumien grans quantitats d'alcohol en un curt període de temps i que hi havia la mateixa proporció d'homes que de dones que realitzaven aquesta pràctica, en ambdues poblacions (190). De forma similar, un altre estudi recent, també en el context espanyol, va trobar que tant adolescents com joves adults participen en aquesta pràctica i que els homes de la població jove adulta mostren una major puntuació en el test AUDIT, mentre que entre la població adolescent són les dones les que obtenen majors puntuacions (297). Contràriament, els resultats obtinguts en la població econòmicament activa semblen indicar que el consum de

substàncies en adults podria donar-se com un mecanisme d'afrontament de l'estrès, com per exemple davant de situacions econòmiques estressants vinculades al fet d'estar en situació d'atur o de tenir un nivell d'estudis més baix (estudi 3). Aquesta divergència en els motius que porten a consumir alcohol en els diferents grups d'edat és coherent amb l'última enquesta EDADES. Aquesta enquesta mostra que la prevalença de la pràctica del "botellon" és més elevada entre la població més jove, i que a mesura que augmenta l'edat hi ha menys persones que manifesten beure alcohol perquè és quelcom divertit i que anima les festes (7). Malgrat aquesta divergència en els motius de consumir alcohol, els resultats dels tres estudis semblen indicar que l'entorn social i les relacions interpersonals són una dimensió important a tenir en compte en explorar el consum de substàncies, especialment d'alcohol. Així, en la població adolescent i adulta jove, el grup d'amistats i l'entorn universitari semblen ser aspectes rellevants, mentre que en el cas de la població econòmicament activa podria ser-ho l'entorn laboral.

Un altre aspecte rellevant és la relació que sembla que existeix entre el consum d'alcohol en els diferents grups d'edat. Per una banda, cal tenir present que el consum d'alcohol de la població adolescent no es produeix de forma aïllada, sinó que succeeix en el marc d'una societat on aquesta substància està totalment arrelada (244). En aquest sentit, sembla que les persones adolescents consideren que l'alcohol està normalitzat en la nostra societat, que es vincula amb activitats de celebració per part de les persones adultes, i que la manera de consumir normativa en aquestes situacions és el consum

abusi o intensiu d'alcohol de begudes destil·lades. Així doncs, consideren que la seva forma de consum s'ajusta a aquest patró adult normatiu. Tot i això, l'evidència indica que el patró de consum de les persones adultes s'associa fonamentalment al component gastronòmic i social, amb un consum moderat de cervesa i vi. Aquesta divergència en la visió de la població adolescent podria explicar-se pels missatges contradictoris que rep del seu entorn social. Aquest, l'adverteix dels riscos del consum d'alcohol, però al mateix temps li transmet que beure és normal, que emborratxar-se és acceptable i que l'alcohol és de fàcil accés. Per tant, és possible que molts joves centrin la seva atenció en les informacions que s'ajusten millor a les seves necessitats i prioritats sense transgredir les normes (243). Així mateix, sembla que els patrons de consum que les persones adopten durant l'adolescència es relacionen amb el seu posterior consum en l'etapa adulta. En aquest sentit, un estudi va identificar que les persones estudiants universitàries que havien començat a beure alcohol a una edat més precoç tenien més risc de fer un consum de risc d'alcohol i "binge drinking" en la universitat (231). En definitiva, sembla que el consum d'alcohol de les persones adultes influeix en el de les persones adolescents, i que al seu torn el patró de consum d'aquestes últimes acabarà influint en el seu consum quan siguin adultes. D'altra banda, el consum de les persones adultes també pot associar-se amb l'efectivitat de certes polítiques de control de l'alcohol dirigides a la població adolescent. En aquest sentit, sembla que malgrat que hi ha una associació entre el consum d'alcohol en adolescents i les mesures de control de la disponibilitat i la

publicitat de l'alcohol, el consum per càpita de la població pot mediar o confondre parcialment aquesta relació (83).

5.5 Limitacions

La interpretació dels resultats d'aquesta tesi s'ha de realitzar tenint en compte les limitacions dels diferents estudis que s'han portat a terme. A continuació, es descriuen les principals limitacions, però aquestes es poden observar en major detall en cadascun dels articles realitzats.

A causa de la similitud de la metodologia utilitzada en l'estudi 1⁴ i l'estudi 3⁵ les limitacions d'aquests dos estudis s'analitzen de forma conjunta, mentre que les corresponents a l'estudi 2⁶ es mostren separatament.

a) Limitacions de l'estudi 1 i de l'estudi 3

Una limitació comuna dels estudis 1 i 3 és la seva naturalesa transversal, cosa que no permet establir relacions causals i que fa necessari considerar una possible causalitat inversa. En el cas de l'estudi 3, per exemple, només es disposa d'informació sobre el consum de substàncies en els últims 12 mesos i no hi ha informació sobre la durada de la desocupació ni tampoc sobre la història prèvia

⁴ Ester Teixidó-Compañó, et al. Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: a multilevel approach. *Addictions*. 2019;31(1):41-51.

⁵Ester Teixidó-Compañó, et al. Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32(1):41-7.

⁶Ester Teixidó-Compañó, et al. Understanding how alcohol environment influences youth drinking: a concept mapping study among university students in Southern Europe. (enviat al *Journal of Mixed Methods Research*).

de consum de substàncies abans de perdre la feina (56). Així mateix, ambdós estudis utilitzen dades auto-reportades per mesurar el consum de substàncies. Concretament, en els dos estudis s'utilitzen dades de l'Enquesta Domiciliària sobre Drogues i Alcohol a Espanya (EDADES), i a més l'estudi 1 també utilitza dades de l'Enquesta Estatal sobre l'Ús de Drogues als Ensenyaments de Secundària (ESTUDES). Per tant, l'ús de dades auto-reportades pot portar a un biaix de classificació causat per la desitjabilitat social inherent a les enquestes (298). Tot i així, l'anonimat i el format individual d'ambdós qüestionaris (EDADES i ESTUDES) pot disminuir aquest biaix. A més a més, hi ha evidència que la utilització de qüestionaris auto-reportats són un mètode viable per mesurar el consum d'alcohol en adolescents (299), i en el cas de la població adulta s'han utilitzat dos tests validats per mesurar el consum de substàncies: l'AUDIT (9,35) per al consum de risc d'alcohol, i el CAST (27) per al consum de risc de cànnabis. Finalment, en cap dels dos estudis s'ha considerat la influència de la indústria publicitària relacionada amb l'alcohol en el consum de risc d'aquesta substància. És possible que la publicitat sobre l'alcohol tingui un efecte diferent en funció de l'edat, el sexe, el nivell d'estudis o la situació laboral. En aquest sentit, però, sembla que les diferències de gènere en el consum de risc d'alcohol no poden explicar-se per diferències en la publicitat relacionada amb l'alcohol (81).

D'altra banda, també cal considerar limitacions relacionades amb algunes de les mesures utilitzades en aquests dos estudis. En relació a l'estudi 1, es van utilitzar "proxies" per mesurar les polítiques

públiques relacionades amb l'alcohol, ja que eren variables individuals agregades. Tot i així, aquestes mesures poden ser més efectives per determinar el nivell de compliment de les regulacions que l'existència o l'absència de polítiques públiques sobre el control de l'alcohol en si mateixes a cada província. En el cas de l'estudi 3, es va utilitzar el nivell d'estudis per estimar la PSE. Com que la PSE és una variable multidimensional, potser hagués estat més apropiat utilitzar un indicador més robust que el nivell d'estudis. Malgrat això, s'ha trobat que el nivell d'estudis és un bon indicador de la PSE en els estudis de naturalesa transversal (300).

b) Limitacions de l'estudi 2

La principal limitació de l'estudi 2 està relacionada amb la mostra de participants. En aquest estudi, només van participar-hi estudiants del grau d'infermeria. Així, és possible que les persones que estudien graus relacionats amb la salut tinguin un major coneixement dels factors lligats a les conductes relacionades amb la salut, com per exemple el consum d'alcohol. Per tant, si s'haguessin inclòs estudiants d'altres disciplines, els resultats obtinguts podrien haver estat diferents. Tot i això, cal indicar que sembla que no hi ha diferències estadísticament significatives entre la prevalença de "*binge drinking*" en persones universitàries espanyoles de disciplines relacionades amb l'àmbit de la salut -entre elles infermeria- i la d'estudiants d'altres disciplines (191). Així mateix, també s'ha de tenir en compte que la mostra no és representativa de la població adulta jove en general, ni tampoc de la població universitària. Tot i així, la metodologia utilitzada en aquest estudi

(Concept mapping (CM)) normalment no busca obtenir resultats que siguin representatius de la població en general, o d'algun col·lectiu d'aquesta, sinó que ho siguin del grup de participants en el CM.

D'altra banda, per qüestions organitzatives, no va ser possible interpretar els mapes obtinguts en el pas 4 de l'estudi amb les persones participants, ni tampoc van ser aquestes qui van proposar els noms pels 7 clústers finals (accions realitzades en el pas 5 i 6: interpretació dels mapes). Conseqüentment, alguns dels ítems inclosos en algun dels clústers podrien també formar part d'un altre clúster. Tot i així, en la metodologia del CM cada ítem només pot formar part d'un sol clúster (301). D'aquesta manera, els membres de l'equip d'investigació que van estar a les dues sessions de recollida de dades amb els joves van ser els que van discutir i escollir el mapa de clústers final que millor representava les idees i els agrupaments dels joves, respectant completament les seves agrupacions individuals. Durant aquest procés hi va haver un acord unànim entre les persones investigadores. Així mateix, els noms que cada participant havia proposat en les seves agrupacions individuals (pas 3; sessió 2 de recollida de dades) van utilitzar-se per anomenar els 7 clústers finals, escollint aquells que havien estat proposats més vegades per les persones estudiants.

5.6 Implicacions i recomanacions

Els resultats obtinguts en els estudis que conformen aquesta tesi suggereixen que en el disseny de polítiques i intervencions dirigides a reduir el consum de risc de substàncies, especialment d'alcohol, cal tenir en compte els patrons de consum dels diferents grups d'edat, així com també els diferents determinants socials que influeixen en aquest consum. Així doncs, s'haurien de considerar les següents recomanacions:

- El “*binge drinking*” en la població adolescent espanyola s'ha associat a variables individuals relacionades amb l'alcohol, independentment de les variables contextuais. Així doncs, les polítiques relacionades amb el control de l'alcohol dirigides a aquest grup poblacional haurien d'anar acompanyades d'intervencions que tinguessin en compte aquestes variables individuals, sobretot en relació al control i a la permissivitat dels progenitors respecte al consum d'alcohol, i a l'accessibilitat i la disponibilitat d'alcohol per part de les persones adolescents.
- Les universitàries han identificat que la pressió social, el consum d'alcohol per passar-s'ho bé i durant el temps lliure i la disponibilitat i l'accés fàcil a l'alcohol són els principals aspectes del seu entorn que influeixen en el seu consum. Així doncs, aquests factors s'haurien de tenir en compte quan es dissenyen intervencions i mesures polítiques adreçades a la població adulta jove. De fet, la visió de les estudiants és consistent amb l'evidència disponible que indica que les polítiques de control de l'alcohol que

restringeixen la disponibilitat i l'accessibilitat de l'alcohol poden ser efectives per reduir el seu consum i els problemes relacionats amb aquest (69,82). Per tant, la veu dels joves s'hauria d'incloure no només per identificar els factors que influeixen el seu consum d'alcohol, sinó també en el desenvolupament d'estratègies dirigides a prevenir aquest consum. En aquest sentit, un estudi realitzat en el context espanyol va trobar que hi havia certes discrepàncies entre el que experts i adolescents consideren que són mesures efectives per prevenir el consum d'alcohol en la població adolescent. En general, les persones expertes consideraven eficaces la majoria d'accions i mesures analitzades, mentre que les persones adolescents creien que la major part d'elles no ho eren. Tot i així, van haver-hi algunes coincidències, com per exemple en l'eficàcia de les mesures enfocades a restringir la disponibilitat de l'alcohol (302).

- Les estudiants universitàries han detectat que la publicitat relacionada amb l'alcohol és un altre dels factors del seu entorn que influeix en el seu consum d'alcohol. Tot i així, de tots els factors identificats, aquest és el que han considerat com a menys important i menys freqüent. Malgrat aquest resultat, l'evidència indica que la regulació de la publicitat és una mesura efectiva per reduir tant el consum d'alcohol com els danys associats amb aquest (69,82). Així doncs, la possible infraestimació de la influència de la publicitat en les conductes relacionades amb el consum d'alcohol hauria de considerar-se com uns dels aspectes rellevants en les

mesures dirigides a abordar aquesta problemàtica en aquest col·lectiu.

- Els estudis realitzats amb la població adolescent i adulta jove mostren que alguns dels contextos on aquesta població acostuma a consumir grans quantitats d'alcohol són els concerts, festes populars, festivals o durant la pràctica del "botellon". Així doncs, seria interessant que es portessin a terme estratègies de prevenció de consum de risc d'alcohol en aquests contextos on es produeixen conductes de consum de risc. En aquest sentit, un estudi va trobar que les intervencions educatives realitzades en diferents entorns (per exemple, escoles, bars o clubs esportius) eren més efectives per reduir el consum d'alcohol en la població adolescent que aquelles que només s'implantaven dins de l'àmbit escolar (303).
- L'associació trobada entre el nivell d'estudis i la situació laboral amb el consum de diferents substàncies psicoactives en la població econòmicament activa posa de relleu la importància d'adaptar les intervencions dirigides a aquesta població en funció d'aquests determinants. Així mateix, també cal tenir en compte les diferències de consum entre dones i homes, i com aquests determinants poden influenciar de forma diferenciada en ambdós sexes. Finalment, per tal de garantir una major efectivitat de les intervencions, sembla important aprofundir en l'anàlisi d'altres factors laborals que també poden estar relacionats amb el consum de substàncies, com per exemple les condicions laborals (en el cas de les

persones ocupades) o la durada de la desocupació (en les persones a l'atur).

D'altra banda, al llarg d'aquesta tesi hem observat que hi ha diferències entre dones i homes en relació al consum de substàncies. Així mateix, també hem pogut constatar que els patrons de consum d'alcohol entre dones i homes tendeixen a convergir, especialment en la població jove. De fet, sembla que aquesta situació pot ser causada per un increment del consum d'alcohol per part de les dones. Així doncs, cal adoptar una perspectiva de gènere en el disseny i implementació de polítiques i intervencions, abordant les normes, el rols i les relacions de gènere, i el major estigma associat al consum en les dones. Així mateix, també cal que aquestes intervencions tinguin l'objectiu d'augmentar la igualtat de gènere al mateix temps que milloren la salut d'ambdós sexes, evitant reforçar els estereotips negatius de gènere. Un exemple podria ser abordar la responsabilitat compartida de dones i homes de no consumir cànnabis durant l'embaràs i la criança dels fills/es (272).

Finament, els resultats obtinguts en aquesta tesi contribueixen a l'estudi dels diferents determinants socials (com per exemple el nivell d'estudis o la situació laboral) que sembla que interaccionen amb el gènere donant lloc a diferents conductes relacionades amb el consum de substàncies. Així mateix, els diferents estudis realitzats suggereixen que hi ha diferents determinants sociodemogràfics, socioeconòmics, familiars, laborals, etc. que tenen un paper important en el consum de substàncies, especialment en el cas de l'alcohol. Sembla doncs, que es reforça la idea que la perspectiva més idònia per abordar aquesta problemàtica és la intersectorialitat.

Per tant, les diferents mesures i intervencions encaminades a prevenir el consum de substàncies també haurien de ser intersectorials. En aquesta línia, un estudi va demostrar que les intervencions dirigides a reduir el consum d'alcohol en la població adolescent eren més efectives si aquestes consistien en diferents tipus d'intervencions (per exemple complementar estratègies d'educació amb mesures de regulació i en els mitjans de comunicació) i si s'implicaven actors de diferents sectors, a més a més dels de l'àmbit de la salut pública (303).

6.CONCLUSIONS

- Dos de cada sis estudiants de 14 a 18 anys a Espanya han realitzat “*binge drinking*” en els últims 30 dies.
- Les persones estudiants de 14 a 18 anys a Espanya que perceben un accés fàcil a l’alcohol, han participat en “*botellons*”, disposen de més diners setmanals per a les seves despeses personals i creuen que els seus progenitors exerceixen un menor control parental i que els permeten el consum d’alcohol, són les que tenen un major risc de realitzar “*binge drinking*” en els últims 30 dies.
- Les variables individuals relacionades amb l’accessibilitat i la disponibilitat d’alcohol expliquen millor que les variables contextuais les diferències en la prevalença del “*binge drinking*” entre els estudiants de 14 a 18 anys, així com també les diferències observades en les diferents províncies espanyoles. Tot i així, les províncies amb una major proporció d’adolescents que perceben una accés fàcil a l’alcohol tenen una major prevalença de “*binge drinking*” en aquesta població.
- La població estudiant universitària considera que els factors relacionats amb la pressió grupal, les vacances i el temps lliure i l’accés a l’alcohol són els aspectes del seu entorn més importats i més freqüents en relació al seu consum d’alcohol.
- Les diferències en el consum d’alcohol entre dones i homes de la població econòmicament activa de 25 a 64 anys a Espanya són majors que les diferències entre ambdós sexes observades en la població de 14 a 18 anys estudiant a Espanya.

- Els homes espanyols econòmicament actius de 25 a 64 anys fan un major consum de risc d'alcohol i de cànnabis i un menor consum d'hipnosedants que les dones d'aquesta mateixa població. Així mateix, les diferències de consum entre ambdós sexes són més grans entre les persones amb un menor nivell d'estudis.
- En general, les persones de 25 a 64 anys espanyoles econòmicament actives que estan en situació d'atur fan un major consum de substàncies que les que estan treballant. Tot i així, en el cas del consum de risc d'alcohol, les dones a l'atur en fan un menor consum que les que estan treballant.
- Un menor nivell d'estudis s'associa amb un major consum de risc d'alcohol i de cànnabis i un menor consum d'hipnosedants en els homes, i només amb un major consum d'hipnosedants en el cas de les dones, en la població econòmicament activa a Espanya.

BIBLIOGRAFIA

1. de la Fuente Hoz L, Barrio Anta G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gac Sanit.* 1996;10(57):255–260.
2. Barrio Anta G, Fuente de Hoz L de la, Camí Morell J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med Clin (Barc).* 1993;101(9):344–355.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. Rosa W, editor. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. En: *A New Era in Global Health* [Internet]. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017. Disponible en: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826190123.ap02>
5. Organization WH. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries [Internet]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2019. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>
6. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Villalbí JR, Espelt A, Neira M, et al. Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: the case of Spain. *Popul Health Metr.* 2016;14:21.
7. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (EDADES) 1995-2017

- [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDAD ES2011.pdf>
8. Observatorio Español de la droga y las Toxicomanías. Delegación del Gobierno para el plan nacional sobre drogas. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
 9. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care [Internet]. 2.^a ed. Geneva: World Health Organization; 2001. Disponible en:
<http://growyourwellness.com/sites/default/files/pdf/AUDIT%20test%20guidelines.pdf>
 10. World Health Organization. Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva: World Health Organization; 1994.
 11. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2018 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
 12. Gordon R, Heim D, MacAskill S. Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. *Public Health*. 2012;126(1):3-11.
 13. Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N. International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Res Health*. 2003;27(1):95–109.
 14. Calafat Far A. [Alcohol abuse by young people in Spain]. *Adicciones*. 2007;19(3):217-23.
 15. Pardo S. Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*. 2002;14:19.

16. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (EDADES) 1995-2011 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDAD ES2011.pdf>
17. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (EDADES) 1994-2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDAD ES2011.pdf>
18. Kurko T a. T, Saastamoinen LK, Tähtkääpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns - a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):1037-47.
19. García del Pozo J, Abajo Iglesias FJ de, Carvajal García-Pando A, Montero Corominas D, Madurga Sanz M, García del Pozo V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78(3):379–387.
20. UNODC. World Drug Report 2019 [Internet]. Vienna: United Nations publication; 2019. Disponible en: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
21. EMCDDA. European Drug Report 2019 [Internet]. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2019. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/edr2019_en
22. EMCDDA. Informe Europeo sobre Drogas [Internet]. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2018. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf

23. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
24. EMCDDA. Mortality related to drug use in Europe: Public Health implications [Internet]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2011. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/647/TDSI11003ENC_web_314344.pdf
25. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Consumo problemático de drogas, 2006-2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_consumo_problemativo.pdf
26. EMCDDA. European Drug Report 2015: Trends and developments. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2015.
27. Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Suelves JM, Domingo-Salvany A. Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav*. 2012;37(6):709-15.
28. Wadsworth EJK, Moss SC, Simpson SA, Smith AP. Psychotropic medication use and accidents, injuries and cognitive failures. *Hum Psychopharmacol*. 2005;20(6):391-400.
29. Lader M. Benzodiazepines revisited--will we ever learn? *Addiction*. 2011;106(12):2086-109.

30. Palmaro A, Dupouy J, Lapeyre-Mestre M. Benzodiazepines and risk of death: Results from two large cohort studies in France and UK. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(10):1566-77.
31. Cheung JTW, Mann RE, Ialomiteanu A, Stoduto G, Chan V, Ala-Leppilampi K, et al. Anxiety and mood disorders and cannabis use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(2):118-22.
32. Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A, et al. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax*. 2007;62(12):1058-63.
33. Yucel M, Solowij N, Respondek C, Whittle S, Fornito A, Pantelis C, et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *ArchGenPsychiatry*. 2008;65(6):694-701.
34. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2015-2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDAD ES2011.pdf>
35. Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. [Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care]. *Rev Clin Esp*. 1998;198(1):11-14.
36. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(7):1208-17.
37. Valencia Martín JL, González MJ, Galán I. [Methodological issues in the measurement of alcohol consumption: the

- importance of drinking patterns]. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(4):433-46.
38. Rossi C. Monitoring drug control strategies: hidden phenomena, observable events, observable times. *Int J Drug Policy*. 1999;10:131-44.
 39. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. 2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
 40. World Health Organization, Organization WH. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=zc_VfH7wfV8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Commission+on+Social+Determinants+of+Health.+Closing+the+gap+in+a+generation:+health+equity+through+action+on+the+social+determinants+of+health.&ots=4v5iDjVamE&sig=IDDRnCV2frzibw-JG4X_wfKtPds
 41. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2006.
 42. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106.
 43. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129 Suppl 2:19-31.
 44. Bosque-Prous M, Espelt A, Borrell C, Bartroli M, Guitart AM, Villalbí JR, et al. Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: the role of social

- context and women's empowerment. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):698-705.
45. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntsche S, Bloomfield K, et al. Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl*. 2006;41(1):i8-18.
 46. ter Bogt TFM, de Looze M, Molcho M, Godeau E, Hublet A, Kokkevi A, et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*. 2014;109(2):273-83.
 47. Eder DN, Zou D, Grote L, Hedner J. Self-reported features of sleep, utilization of medical resources, and socioeconomic position: a Swedish population survey. *Behav Sleep Med*. 2011;9(3):162-72.
 48. Melchior M, Chastang J-F, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study. *Addict Behav*. 2008;33(1):122-33.
 49. Llorens N, Barrio G, Sánchez A, Suelves JM, ESTUDES Working Group. Effects of socialization and family factors on adolescent excessive drinking in Spain. *Prev Sci*. 2011;12(2):150-61.
 50. Colell E, Sánchez-Niubò A, Delclos GL, Benavides FG, Domingo-Salvany A. Economic crisis and changes in drug use in the Spanish economically-active population. *Addiction*. 2015;110(7):1129-37.
 51. Mota N, Alvarez-Gil R, Corral M, Rodríguez Holguín S, Parada M, Crego A, et al. Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gac Sanit*. 2010;24(5):372-7.
 52. Gaete J, Araya R. Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: A multilevel study. *J Adolesc*. 2017;56:166-78.

53. Caamaño-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors Associated With Risky Consumption and Heavy Episodic Drinking Among Spanish University Students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(2):308-12.
54. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addict Behav*. 2010;35(11):913-24.
55. Heimisdottir J, Vilhjalmsson R, Kristjansdottir G, Meyrowitsch DW. The social context of drunkenness in mid-adolescence. *Scand J Public Health*. 2010;38(3):291-8.
56. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):4-27.
57. Dunlap LJ, Han B, Dowd WN, Cowell AJ, Forman-Hoffman VL, Davies MC, et al. Behavioral Health Outcomes Among Adults: Associations With Individual and Community-Level Economic Conditions. *Psychiatr Serv*. 2016;67(1):71-7.
58. Sureda X, Villalbí JR, Espelt A, Franco M. Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gac Sanit*. 2017;31(1):66-8.
59. Bryden A, Roberts B, McKee M, Petticrew M. A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. *Health Place*. 2012;18(2):349-57.
60. Mori-Gamarra F, Moure-Rodríguez L, Sureda X, Carbia C, Royé D, Montes-Martínez A, et al. [Alcohol outlet density and alcohol consumption in Galician youth]. *Gac Sanit*. 2018;34(1):15-20.
61. Bendtsen P, Damsgaard MT, Huckle T, Casswell S, Kuntsche E, Arnold P, et al. Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction*. 2014;109(11):1857-68.

62. Nelson TF, Xuan Z, Babor TF, Brewer RD, Chaloupka FJ, Gruenewald PJ, et al. Efficacy and the strength of evidence of U.S. alcohol control policies. *Am J Prev Med.* 2013;45(1):19-28.
63. Nelson TF, Naimi TS, Brewer RD, Wechsler H. The state sets the rate: the relationship among state-specific college binge drinking, state binge drinking rates, and selected state alcohol control policies. *Am J Public Health.* 2005;95(3):441-6.
64. Paschall MJ, Grube JW, Kypri K. Alcohol control policies and alcohol consumption by youth: a multi-national study. *Addiction.* 2009;104(11):1849-55.
65. Xuan Z, Blanchette JG, Nelson TF, Nguyen TH, Hadland SE, Oussayef NL, et al. Youth Drinking in the United States: Relationships With Alcohol Policies and Adult Drinking. *Pediatrics.* 2015;136(1):18-27.
66. Xuan Z, Nelson TF, Heeren T, Blanchette J, Nelson DE, Gruenewald P, et al. Tax policy, adult binge drinking, and youth alcohol consumption in the United States. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(10):1713-9.
67. Krieg AG, Kuhl DC. Race, Adolescent Binge Drinking, and the Context of Neighborhood Exposure. *Deviant Behav.* 2016;37(6):615-33.
68. Pedersen W, Bakken A, von Soest T. Adolescents from affluent city districts drink more alcohol than others. *Addiction.* 2015;110(10):1595-604.
69. Allamani A. Alcohol policies and programmes which reduced alcohol-related harm. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(4):342-7.
70. Matrai S, Casajuana C, Allamani A, Baccini M, Pepe P, Massini G, et al. The relationships between the impact of alcoholic beverage control policies, selected contextual determinants, and alcohol drinking in Spain. *Subst Use Misuse.* 2014;49(12):1665-83.

71. Bosque-Prous M, Espelt A, Sordo L, Guitart AM, Brugal MT, Bravo MJ. Job Loss, Unemployment and the Incidence of Hazardous Drinking during the Late 2000s Recession in Europe among Adults Aged 50-64 Years. PLoS ONE. 2015;10(10):e0140017.
72. Allamani A, Pepe P, Baccini M, Massini G, Voller F. Europe. An analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction among consumption, related harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies. Subst Use Misuse. octubre de 2014;49(12):1692-715.
73. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
74. Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España. [A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain. Commission to Reduce Social Inequalities in Health in Spain]. Gac Sanit. 2012;26(2):182-9.
75. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cannabis legislation in Europe: an overview [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. Disponible en: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4135/TD0217210ENN.pdf>
76. Bahji A, Stephenson C. International Perspectives on the Implications of Cannabis Legalization: A Systematic Review & Thematic Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(17).

77. Budney AJ, Borodovsky JT. The potential impact of cannabis legalization on the development of cannabis use disorders. *Prev Med.* 2017;104:31-6.
78. Dirisu O, Shickle D, Elsey H. Influence of legal status on the uptake of cannabis in young people. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(4):231-5.
79. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 1992-1999. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1993.
80. World Health Organization. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 [Internet]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf
81. Bosque-Prous M, Espelt A, Guitart AM, Bartroli M, Villalbí JR, Brugal MT. Association between stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries. *Addiction.* 2014;109(10):1634-43.
82. Villalbí JR, Bosque-Prous M, Gili-Miner M, Espelt A, Brugal MT. [Policies to prevent the harm caused by alcohol]. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(4):515-28.
83. Paschall MJ, Grube JW, Kypri K. Alcohol control policies and alcohol consumption by youth: a multi-national study. *Addiction.* 2009;104(11):1849-55.
84. Xuan Z, Blanchette JG, Nelson TF, Nguyen TH, Hadland SE, Oussayef NL, et al. Youth Drinking in the United States: Relationships With Alcohol Policies and Adult Drinking. *Pediatrics.* 2015;136(1):18-27.
85. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med.* 2007;4(4):e151.

86. Allamani A, Voller F, Decarli A, Casotto V, Pantzer K, Anderson P, et al. Contextual determinants of alcohol consumption changes and preventive alcohol policies: a 12-country European study in progress. *Subst Use Misuse*. 2011;46(10):1288-303.
87. Cogordan C, Kreft-Jais C, Guillemont J. Effects of alcoholic beverage control policies and contextual factors on alcohol consumption and its related harms in France from 1960 to 2000. *Subst Use Misuse*. 2014;49(12):1633-45.
88. Bond JC, Roberts SCM, Greenfield TK, Korcha R, Ye Y, Nayak MB. Gender differences in public and private drinking contexts: a multi-level GENACIS analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(5):2136-60.
89. Nelson DE, Naimi TS, Brewer RD, Nelson HA. State alcohol-use estimates among youth and adults, 1993-2005. *Am J Prev Med*. 2009;36(3):218-24.
90. Sánchez-López M del P, Cuellar-Flores I, Dresch V. The impact of gender roles on health. *Women Health*. 2012;52(2):182-96.
91. Borrell C, Artazcoz L. [Inequalities gender on health: challenges for the future]. *RevEspSalud Publica*. 2008;82(3):245-9.
92. Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health [Internet]. Philadelphia, USA: Open University Press; 2000. Disponible en: <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/0335203647.pdf>
93. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *IntJEpidemiol*. 2003;32(4):652-7.
94. Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, et al. Health and health care disparities among homeless women. *Women Health*. 2010;50(8):719-36.

95. Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61 Suppl 2:ii39-45.
96. Calvente G, del Mar M, Lozano R, Marcos Marcos J, others. Guía de indicadores par medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015. Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2010>
97. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med*. 1996;42(4):617-24.
98. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):773-87.
99. Romo Avilés N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. 2005; Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/22315>
100. Daniel JZ, Hickman M, Macleod J, Wiles N, Lingford-Hughes A, Farrell M, et al. Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug Alcohol Rev*. 2009;28(2):142-53.
101. Roberts B. Drinking like a man: the paradox of excessive drinking for seventeenth-century dutch youths. *J Fam Hist*. 2004;29(3):237-52.
102. Sánchez-Niubò A, Sordo L, Barrio G, Indave BI, Domingo-Salvany A. Onset and progression of drug use in the general population of Catalonia, Spain. *Adicciones*. 2020;32(1):32-40.
103. Bloomfield K. Alcohol Consumption and Alcohol Problems Among Women in European Countries. *Subst Abus*. 2000;21(4):223-9.

104. Sánchez-Pardo L. Género y Drogas. Alicante: Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L.; 2012.
105. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35 Suppl 2:29-36.
106. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Delclós J, Benavides FG. [Prevalence of the use of hypnotics and sedatives among the working population and associated work-related stress factors]. *Gac Sanit.* 2014;28(5):369-75.
107. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf;jsessionid=D16C0D920292A2E351804153AAB8941D?sequence=1
108. Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Prev Med.* 2005;40(1):23-32.
109. Schneider M. Puberty as a highly vulnerable developmental period for the consequences of cannabis exposure. *Addict Biol.* 2008;13(2):253-63.
110. the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) [Internet]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2019. Disponible en:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/405371/Report-on-the-evaluation-of-CNAPA-Action-Plan-Final-May-2019-rev.pdf

111. Dahl RE. Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Ann N Y Acad Sci.* 2004;1021:1-22.
112. Risher M-L, Fleming RL, Risher WC, Miller KM, Klein RC, Wills T, et al. Adolescent intermittent alcohol exposure: persistence of structural and functional hippocampal abnormalities into adulthood. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(6):989-97.
113. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med.* 2011;8(2):e1000413.
114. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):10.
115. Rial Boubeta A, Golpe S, Barreiro C, Gómez P, Isorna Folgar M. The age of onset for alcohol consumption among adolescents: Implications and related variables. *Adicciones.* 2018;32(1):52.
116. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction.* 2009;104(9):1487-500.
117. van Oers JA, Bongers IM, van de Goor LA, Garretsen HF. Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol Alcohol.* 1999;34(1):78-88.
118. Bunn JY, Booth BM, Cook CA, Blow FC, Fortney JC. The relationship between mortality and intensity of inpatient alcoholism treatment. *Am J Public Health.* 1994;84(2):211-4.
119. Kenkel DS. Health behavior, health knowledge, and schooling. *J Polit Econ.* 1991;287-305.
120. Droomers M, Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen D, Mackenbach JP. Educational differences in excessive alcohol

- consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Prev Med.* 1999;29(1):1-10.
121. Maljutina S, Bobak M, Kurilovitch S, Nikitin Y, Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol Alcohol.* 2004;39(1):64-9.
 122. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil-- interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(3):214-22.
 123. Serdula MK, Brewer RD, Gillespie C, Denny CH, Mokdad A. Trends in alcohol use and binge drinking, 1985-1999: results of a multi-state survey. *Am J Prev Med.* 2004;26(4):294-8.
 124. Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(10):1723-30.
 125. Cook PJ, Moore MJ. Drinking and schooling. *J Health Econ.* 1993;12(4):411-29.
 126. Mullahy J, Sindelar J. Employment, unemployment, and problem drinking. *J Health Econ.* 1996;15(4):409-34.
 127. Ruhm CJ. Economic conditions and alcohol problems. *J Health Econ.* 1995;14(5):583-603.
 128. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet.* 2007;369(9567):1130-9.
 129. Esmail A, Warburton B, Bland JM, Anderson HR, Ramsey J. Regional variations in deaths from volatile solvent abuse in Great Britain. *Addiction.* 1997;92(12):1765-71.
 130. Lee JO, Jones TM, Kosterman R, Cambron C, Rhew IC, Herrenkohl TI, et al. Childhood neighborhood context and

- adult substance use problems: the role of socio-economic status at the age of 30 years. *Public Health*. 2018;165:58-66.
131. Bowes L, Chollet A, Fombonne E, Galéra C, Melchior M. Lifecourse SEP and tobacco and cannabis use. *Eur J Public Health*. 2013;23(2):322-7.
 132. Health UD of, Services H, others. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD, USA. 2011;
 133. Ashton H, Golding JF. Tranquillisers: prevalence, predictors and possible consequences. Data from a large United Kingdom survey. *Br J Addict*. 1989;84(5):541-6.
 134. Bendtsen P, Karlsson N, Dalal K, Nilsen P. Hazardous drinking concepts, limits and methods: low levels of awareness, knowledge and use in the Swedish population. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(5):638-45.
 135. Nielsen MW, Hansen EH, Rasmussen NK. Patterns of psychotropic medicine use and related diseases across educational groups: national cross-sectional survey. *Eur J Clin Pharmacol*. 2004;60(3):199-204.
 136. Pulver A, Davison C, Pickett W. Recreational use of prescription medications among Canadian young people: identifying disparities. *Can J Public Health*. 2014;105(2):e121-126.
 137. Havens JR, Young AM, Havens CE. Nonmedical prescription drug use in a nationally representative sample of adolescents: evidence of greater use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(3):250-5.
 138. Nakawaki B, Crano WD. Predicting adolescents' persistence, non-persistence, and recent onset of nonmedical use of opioids and stimulants. *Addict Behav*. 2012;37(6):716-21.
 139. Wu L-T, Ringwalt CL, Mannelli P, Patkar AA. Prescription pain reliever abuse and dependence among adolescents: a

- nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(9):1020-9.
140. Blennow G, Romelsjö A, Leifman H, Leifman A, Karlsson G. Sedatives and hypnotics in Stockholm: social factors and kinds of use. *Am J Public Health*. 1994;84(2):242-6.
 141. Nandi A, Charters TJ, Strumpf EC, Heymann J, Harper S. Economic conditions and health behaviours during the «Great Recession». *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(12):1038-46.
 142. Gallo WT, Bradley EH, Siegel M, Kasl SV. The impact of involuntary job loss on subsequent alcohol consumption by older workers: findings from the health and retirement survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56(1):S3-9.
 143. de Goeij MC, Suhrcke M, Toffolutti V, van de Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med*. 2015;131:131-46.
 144. Lee JO, Hill KG, Hartigan LA, Boden JM, Guttmanova K, Kosterman R, et al. Unemployment and substance use problems among young adults: Does childhood low socioeconomic status exacerbate the effect? *Soc Sci Med*. 2015;143:36-44.
 145. Blomqvist S, Alexanderson K, Vahtera J, Westerlund H, Magnusson Hanson LL. Downsizing and purchases of psychotropic drugs: A longitudinal study of stayers, changers and unemployed. *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0203433.
 146. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin*. 2006;126(12):445-51.
 147. Navarro-Abal Y, Climent-Rodríguez JA, López-López MJ, Gómez-Salgado J. Psychological Coping with Job Loss. Empirical Study to Contribute to the Development of

- Unemployed People. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8).
148. French MT, Maclean JC, Sindelar JL, Fang H. The morning after: alcohol misuse and employment problems. *Appl Econ*. 2011;43(21):2705-20.
 149. Airagnes G, Lemogne C, Meneton P, Plessz M, Goldberg M, Hoertel N, et al. Alcohol, tobacco and cannabis use are associated with job loss at follow-up: Findings from the CONSTANCES cohort. *PLoS ONE*. 2019;14(9):e0222361.
 150. Lambrechts M-C, Vandersmissen L, Godderis L. Alcohol and other drug use among Belgian workers and job-related consequences. *Occup Environ Med*. 2019;76(9):652-9.
 151. Allard KO, Thomsen JF, Mikkelsen S, Rugulies R, Mors O, Kærgaard A, et al. Effects of psychosocial work factors on lifestyle changes: a cohort study. *J Occup Environ Med*. 2011;53(12):1364-71.
 152. Bobak M, Pikhart H, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Sebakova H, et al. The association between psychosocial characteristics at work and problem drinking: a cross-sectional study of men in three Eastern European urban populations. *Occup Environ Med*. 2005;62(8):546-50.
 153. Colell E, Bell S, Britton A. The relationship between labour market categories and alcohol use trajectories in midlife. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(11):1050-6.
 154. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, Alfredsson L, De Bacquer D, Bjorner JB, et al. Job strain and alcohol intake: a collaborative meta-analysis of individual-participant data from 140,000 men and women. *PLoS ONE*. 2012;7(7):e40101.
 155. Kouvonen A, Kivimäki M, Cox SJ, Poikolainen K, Cox T, Vahtera J. Job strain, effort-reward imbalance, and heavy drinking: a study in 40,851 employees. *J Occup Environ Med*. 2005;47(5):503-13.

156. Legleye S, Baumann M, Peretti-Watel P, Beck F, Chau N. Gender and age disparities in the associations of occupational factors with alcohol abuse and smoking in the French working population. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2011;59(4):223-32.
157. Nielsen MB, Gjerstad J, Frone MR. Alcohol Use and Psychosocial Stressors in the Norwegian Workforce. *Subst Use Misuse*. 2018;53(4):574-84.
158. Carreter Parreño J, García Castillo O, Ródenas Aguilar JL, Gómez Saldaña A, Bermejo Cacharrón Y, Villar Garrido I. [A qualitative study on drug abuse in adolescents]. *Aten Primaria*. 2011;43(8):435-9.
159. Bulmer SM, Barton BA, Liefeld J, Montauti S, Santos S, Richard M, et al. Using CBPR methods in college health research: Exploring excessive alcohol consumption. *J Adolesc Res*. 2016;31(2):232–258.
160. Gómez Fraguera JA, Fernández Pérez N, Romero Triñanes E, Luengo Martín A. [Alcohol drinking parties and consumption of alcohol and other drugs in youth]. *Psicothema*. 2008;20(2):211-7.
161. Espejo B, Cortés MT, del Río BM, Giménez JA, Gómez C. Traits that define the different alcohol intensive consume type during the practice of «botellon». *Span J Psychol*. 2012;15(1):256-64.
162. Downey LA, Verster JC. Cannabis concerns: increased potency, availability and synthetic analogues. *Curr Drug Abuse Rev*. 2014;7(2):67-8.
163. Belackova V, Tomkova A, Zabransky T. Qualitative research in Spanish cannabis social clubs: «The moment you enter the door, you are minimising the risks». *Int J Drug Policy*. 2016;34:49-57.
164. Durant RH, McCoy TP, Champion H, Parries MT, Mitra A, Martin BA, et al. Party behaviors and characteristics and

- serial drunkenness among college students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(1):91-9.
165. Gillespie NA, Neale MC, Kendler KS. Pathways to cannabis abuse: a multi-stage model from cannabis availability, cannabis initiation and progression to abuse. *Addiction*. 2009;104(3):430-8.
 166. Palacios-Ceña D, Jiménez-Trujillo I, Hernández-Barrera V, Lima Florencio L, Carrasco-Garrido P. Time Trends in the Co-use of Cannabis and the Misuse of Tranquilizers, Sedatives and Sleeping Pills among Young Adults in Spain between 2009 and 2015. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18).
 167. Becoña E, López-Durán A, Fernández del Río E, Martínez Ú, Fraga J, Osorio J, et al. Can we predict psychostimulant use in youths? A study with structural equation modeling analysis. *Adicciones*. 2012;24(4):339-46.
 168. Gosselt JF, Strump T, Van Hoof J. Adolescents' experiences and perceived (dis)advantages of the three main outlet types for alcohol purchases. *J Health Psychol*. 2016;21(12):3016-25.
 169. Adere A, Yimer NB, Kumsa H, Liben ML. Determinants of psychoactive substances use among Woldia University students in Northeastern Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):441.
 170. Yassin N, Afifi R, Singh N, Saad R, Ghandour L. "There Is Zero Regulation on the Selling of Alcohol": The Voice of the Youth on the Context and Determinants of Alcohol Drinking in Lebanon. *Qual Health Res*. 2018;28(5):733-44.
 171. Becoña E, Martínez U, Calafat A, Fernández-Hermida J, Juan M, Sumnall H, et al. Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*. 2013;25(3):292-8.

172. Foley KL, Altman D, Durant RH, Wolfson M. Adults' approval and adolescents' alcohol use. *J Adolesc Health*. 2004;35(4):345.e17-26.
173. Jones-Webb R, Toomey T, Miner K, Wagenaar AC, Wolfson M, Poon R. Why and in what context adolescents obtain alcohol from adults: a pilot study. *Subst Use Misuse*. 1997;32(2):219-28.
174. Pettigrew S, Pescud M, Jarvis W, Webb D. Teens' blog accounts of the role of adults in youth alcohol consumption. *JSOCM*. 2013;3(1):28-40.
175. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
176. Font-Ribera L, Garcia-Continente X, Pérez A, Torres R, Sala N, Espelt A, et al. Driving under the influence of alcohol or drugs among adolescents: The role of urban and rural environments. *Accid Anal Prev*. 2013;60:1-4.
177. Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, Bogt TT, Kokkevi A, Godeau E. Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and north american countries. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(2):308-14.
178. Pitkänen T, Kokko K, Lyyra A-L, Pulkkinen L. A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*. 2008;103 Suppl 1:48-68.
179. Topolewska-Siedzik E, Ciecuch J. Trajectories of Identity Formation Modes and Their Personality Context in Adolescence. *J Youth Adolesc*. 2018;47(4):775-92.
180. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*. 2015;86(6):436-43.

181. Moore GF, Cox R, Evans RE, Hallingberg B, Hawkins J, Littlecott HJ, et al. School, Peer and Family Relationships and Adolescent Substance Use, Subjective Wellbeing and Mental Health Symptoms in Wales: a Cross Sectional Study. *Child Indic Res.* 2018;11(6):1951-65.
182. Heimisdottir J, Vilhjalmsón R, Kristjansdóttir G, Meyrowitsch DW. The social context of drunkenness in mid-adolescence. *Scand J Public Health.* 2010;38(3):291-8.
183. Arciniega J. En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *IJODAEP.* 2005;3(1):145-60.
184. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55(5):469-80.
185. Colby SM, Colby JJ, Raymond GA. College versus the real world: Student perceptions and implications for understanding heavy drinking among college students. *Addict Behav.* 2009;34(1):17-27.
186. Merrill JE, Carey KB. Drinking Over the Lifespan: Focus on College Ages. *Alcohol Res.* 2016;38(1):103-14.
187. Quinn PD, Fromme K. Alcohol Use and Related Problems Among College Students and Their Noncollege Peers: The Competing Roles of Personality and Peer Influence*. *J Stud Alcohol Drugs.* 2011;72(4):622-32.
188. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell M-CO. Comparisons of Gambling and Alcohol Use Among College Students and Noncollege Young People in the United States. *J Am Coll Health.* 2010;58(5):443-52.
189. Moreno-Gómez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, Bennisar-Veny M, Pericas-Beltran J, Martinez-Andreu S, et al. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutr.* 2012;15(11):2131-9.

190. Cortés Tomás MT, Espejo Tort B, Giménez Costa JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*. 2007;19(4):357.
191. Varela-Mato V, Cancela JM, Ayan C, Martín V, Molina A. Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *IJERPH*. 2012;9(8):2728-41.
192. Colell E, Sanchez-Niubo A, Ferrer M, Domingo-Salvany A. Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. Testing a model of mediating factors. *Int J Drug Policy*. 2016;37:21-30.
193. Artazcoz L, Cortes I, Borrell C, Escriba-Aguir V, Cascant L. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *ScandJWork EnvironHealth*. 2007;33(5):344-50.
194. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A. Sex differences in the cumulative incidence of substance use by birth cohort. *Int J Drug Policy*. 2013;24(4):319-25.
195. Siqueira L, Smith VC, Committee on Substance Abuse. Binge Drinking. *Pediatrics*. 2015;136(3):e718-726.
196. Rossow I, Keating P, Felix L, McCambridge J. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*. 2016;111(2):204-17.
197. Muli N, Lagan BM. Perceived determinants to alcohol consumption and misuse: a survey of university students. *Perspect Public Health*. 2017;137(6):326-36.
198. Demers A, Kairouz S, Adlaf E, Gliksman L, Newton-Taylor B, Marchand A. Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Soc Sci Med*. 2002;55(3):415-24.

199. Lorant V, Nicaise P, Soto VE, d'Hoore W. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*. 2013;13(1):615.
200. Kassa A, Wakgari N, Tadesse F. Determinants of alcohol use and khat chewing among Hawassa University students, Ethiopia: A cross sectional study. *Afr H Sci*. 2016;16(3):822.
201. Dodd V, Glassman T, Arthur A, Webb M, Miller M. Why Underage College Students Drink in Excess: Qualitative Research Findings. *Am J Health Educ*. 2010;41(2):93-101.
202. Aceijas C, Waldhäusl S, Lambert N, Cassar S, Bello-Corassa R. Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspect Public Health*. 2017;137(4):227-36.
203. Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K, McCaffrey DF. Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*. 2005;100(2):235–246.
204. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 2017;112:7-20.
205. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action «Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study». *Alcohol Alcohol Suppl*. 2006;41(1):i26-36.
206. Tenconi MT, Romanelli C, Gigli F, Sottocornola F, Laddomada MS, Roggi C, et al. The relationship between education and risk factors for coronary heart disease. Epidemiological analysis from the nine communities study. The Research Group ATS-OB43 of CNR. *Eur J Epidemiol*. 1992;8(6):763-9.
207. Paljärvi T, Suominen S, Car J, Koskenvuo M. Socioeconomic disadvantage and indicators of risky alcohol-drinking patterns. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(2):207-14.

208. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med.* 2014;110:10-7.
209. Colell E, Sánchez-Niubò A, Benavides FG, Delclos GL, Domingo-Salvany A. Work-related stress factors associated with problem drinking: A study of the Spanish working population. *Am J Ind Med.* 2014;57(7):837-46.
210. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Vol. 36. Lisbon, Portugal: European Centre for Monitoring Alcohol Marketing; 2012.
211. Llorens N, Barrio G, Sánchez A, Suelves JM, ESTUDES Working Group. Effects of socialization and family factors on adolescent excessive drinking in Spain. *Prev Sci.* 2011;12(2):150-61.
212. Nelson TF, Naimi TS, Brewer RD, Wechsler H. The state sets the rate: the relationship among state-specific college binge drinking, state binge drinking rates, and selected state alcohol control policies. *Am J Public Health.* 2005;95(3):441-6.
213. Xuan Z, Nelson TF, Heeren T, Blanchette J, Nelson DE, Gruenewald P, et al. Tax policy, adult binge drinking, and youth alcohol consumption in the United States. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(10):1713-9.
214. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). 1994-2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
215. ESPAD Group. ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other

- Drugs. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Disponible en: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
216. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A, et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(2):152-8.
 217. Jones SC, Magee CA. The role of family, friends and peers in Australian adolescent's alcohol consumption. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(3):304-13.
 218. McCann M, Perra O, McLaughlin A, McCartan C, Higgins K. Assessing elements of a family approach to reduce adolescent drinking frequency: parent-adolescent relationship, knowledge management and keeping secrets. *Addiction*. 2016;111(5):843-53.
 219. Abar C, Abar B, Turrisi R. The impact of parental modeling and permissibility on alcohol use and experienced negative drinking consequences in college. *Addict Behav*. 2009;34(6-7):542-7.
 220. Nash SG, McQueen A, Bray JH. Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *J Adolesc Health*. 2005;37(1):19-28.
 221. van der Vorst H, Engels RCME, Meeus W, Deković M, Van Leeuwe J. The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour. *Addiction*. 2005;100(10):1464-76.
 222. Koning IM, van den Eijnden RJJM, Vollebergh WAM. Alcohol-specific parenting, adolescents' self-control, and alcohol use: a moderated mediation model. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;75(1):16-23.
 223. Cortés Tomás MT, Espejo Tort B, Martín del Río B, Gómez Iñíguez C. [Different typologies of alcohol consumers in the

- practice of the «botellon» in three Spanish cities].
Psicothema. 2010;22(3):363-8.
224. Romo-Avilés N, Marcos-Marcos J, Marquina-Márquez A, Gil-García E. Intensive alcohol consumption by adolescents in Southern Spain: The importance of friendship. *Int J Drug Policy*. 2016;31:138-46.
225. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44395>
226. Noel JK. Associations Between Alcohol Policies and Adolescent Alcohol Use: A Pooled Analysis of GSHS and ESPAD Data. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(6):639-46.
227. Lipperman-Kreda S, Grube JW, Paschall MJ. Community norms, enforcement of minimum legal drinking age laws, personal beliefs and underage drinking: an explanatory model. *J Community Health*. 2010;35(3):249-57.
228. Bendtsen P, Damsgaard MT, Huckle T, Casswell S, Kuntsche E, Arnold P, et al. Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction*. 2014;109(11):1857-68.
229. Rabanales Sotos J, López Gonzalez A, Párraga Martínez I, Campos Rosa M, Simarro Herraiz MJ, López-Torres Hidalgo J. Prevalence of hazardous drinking among nursing students. *J Adv Nurs*. 2015;71(3):581-90.
230. Jackson KM, Sher KJ, Cooper ML, Wood PK. Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction*. mayo de 2002;97(5):517-31.
231. Moure-Rodriguez L, Carbia C, Lopez-Caneda E, Corral Varela M, Cadaveira F, Caamaño-Isorna F. Trends in alcohol use among young people according to the pattern of consumption on starting university: A 9-year follow-up study. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0193741.

232. Tavoracci M-P, Boerg E, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *BMC Public Health*. 2016;16(1):178.
233. Plant MA, Plant ML, Miller P, Gmel G, Kuntsche S. The Social Consequences of Binge Drinking: A Comparison of Young Adults in Six European Countries. *J Addict Dis*. 2009;28(4):294-308.
234. Iwamoto DK, Corbin W, Takamatsu S, Castellanos J. The association between multidimensional feminine norms, binge drinking and alcohol-related problems among young adult college women. *Addict Behav*. 2017;76:243-9.
235. Barry AE, Goodson P. Contextual factors influencing U.S. college students' decisions to drink responsibly. *Subst Use Misuse*. 2012;47(10):1172-84.
236. Borsari B, Carey KB. Peer influences on college drinking: a review of the research. *J Subst Abuse*. 2001;13(4):391-424.
237. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Sowles SJ, Bierut LJ. "Hey Everyone, I'm Drunk." An Evaluation of Drinking-Related Twitter Chatter. *J Stud Alcohol Drugs*. 2015;76(4):635-9.
238. Marzell M, Bavarian N, Paschall MJ, Mair C, Saltz RF. Party Characteristics, Drinking Settings, and College Students' Risk of Intoxication: A Multi-Campus Study. *J Primary Prevent*. 2015;36(4):247-58.
239. Zamboanga BL, Olthuis JV, Kenney SR, Correia CJ, Van Tyne K, Ham LS, et al. Not just fun and games: A review of college drinking games research from 2004 to 2013. *Psychol Addict Behav*. 2014;28(3):682-95.
240. Hughes K, Quigg Z, Bellis MA, van Hasselt N, Calafat A, Kosir M, et al. Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:918.

241. Feltmann K, Elgán TH, Gripenberg J. High levels of alcohol intoxication and strong support for restrictive alcohol policies among music festival visitors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2019;14(1):15.
242. Nordfjærn T, Bretteville-Jensen AL, Edland-Gryt M, Gripenberg J. Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions? *Scand J Public Health*. 2016;44(7):638-45.
243. Suárez C, Del Moral G, Martínez B, John B, Musitu G. [Adult pattern of alcohol use as perceived by adolescents]. *Gac Sanit*. 2016;30(1):11-7.
244. Pons J, Buelga S. Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*. 2011;20(1):75-94.
245. Bellis MA, Hughes K, Jones L, Morleo M, Nicholls J, McCoy E, et al. Holidays, celebrations, and commiserations: measuring drinking during feasting and fasting to improve national and individual estimates of alcohol consumption. *BMC Med*. 2015;13(1):113.
246. Patrick ME, Azar B. High-Intensity Drinking. *Alcohol Res*. 2018;39(1):49-55.
247. Sureda X, Carreño V, Espelt A, Villalbí JR, Pearce J, Franco M. Alcohol in the city: wherever and whenever. *Gac Sanit*. 2017;S0213-9111(17):30174-7.
248. Villalbí JR, Espelt A, Sureda X, Bosque-Prous M, Teixidó-Compañó E, Puigcorbé S, et al. The urban environment of alcohol: a study on the availability, promotion and visibility of its use in the neighborhoods of Barcelona. *Adicciones*. 2019;31(1):33-40.
249. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(5):500-16.

250. Lu H, Zhang X, Holt JB, Kanny D, Croft JB. Quantifying spatial accessibility in public health practice and research: an application to on-premise alcohol outlets, United States, 2013. *Int J Health Geogr.* 2018;17(1):23.
251. Kuo M, Wechsler H, Greenberg P, Lee H. The marketing of alcohol to college students. *Am J Prev Med.* 2003;25(3):204-11.
252. Sureda X, Espelt A, Villalbí JR, Cebrecos A, Baranda L, Pearce J, et al. Development and evaluation of the OHCITIES instrument: assessing alcohol urban environments in the Heart Healthy Hoods project. *BMJ Open.* 2017;7(10):e017362.
253. Jackson KM, Janssen T, Gabrielli J. Media/Marketing Influences on Adolescent and Young Adult Substance Abuse. *Curr Addict Rep.* 2018;5(2):146-57.
254. Barry AE, Bates AM, Olusanya O, Vinal CE, Martin E, Peoples JE, et al. Alcohol Marketing on Twitter and Instagram: Evidence of Directly Advertising to Youth/Adolescents. *Alcohol Alcohol.* 2015;
255. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol.* 2009;44(3):229-43.
256. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health.* 2009;9:51.
257. Hoffman EW, Pinkleton BE, Weintraub Austin E, Reyes-Velázquez W. Exploring College Students' Use of General and Alcohol-Related Social Media and Their Associations With Alcohol-Related Behaviors. *J Am Coll Health.* 2014;62(5):328-35.
258. Courtney AL, Rapuano, K M, Sargent, J D, Heatherton, T F, Kelley, W M. Reward System Activation in Response to

- Alcohol Advertisements Predicts College Drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(1):29-38.
259. Petticrew M, Shemilt I, Lorenc T, Marteau TM, Melendez-Torres GJ, O'Mara-Eves A, et al. Alcohol advertising and public health: systems perspectives versus narrow perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2016;71(3):308-12.
 260. Jernigan DH. The global alcohol industry: an overview. *Addiction*. 2009;104 Suppl 1:6-12.
 261. Nicholls J. Everyday, everywhere: alcohol marketing and social media--current trends. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(4):486-93.
 262. Lobstein T, Landon J, Thornton N, Jernigan D. The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review. *Addiction*. 2017;112:21-7.
 263. Bosque-Prous M, Espelt A, Borrell C, Bartroli M, Guitart AM, Villalbí JR, et al. Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: the role of social context and women's empowerment. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):698-705.
 264. Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, et al. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2013.
 265. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntsche S, Bloomfield K, et al. Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl*. 2006;41(1):i8-18.
 266. Ahlström S, Bloomfield K, Knibbe R. Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings. *Subst Abus*. 2001;22(1):69-85.
 267. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge

- and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1-13.
268. Kerr-Corrêa F, Igami TZ, Hiroce V, Tucci AM. Patterns of alcohol use between genders: a cross-cultural evaluation. *J Affect Disord.* 2007;102(1-3):265-75.
 269. Mancinelli R, Binetti R, Ceccanti M. Female drinking, environment and biological markers. *Ann Ist Super Sanita.* 2006;42(1):31-8.
 270. Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction.* 2005;100(12):1763-9.
 271. Greaves L, Hemsing N. Sex and Gender Interactions on the Use and Impact of Recreational Cannabis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014129/>
 272. Hemsing N, Greaves L. Gender Norms, Roles and Relations and Cannabis-Use Patterns: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7037619/>
 273. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(2):339-55.
 274. Fattore L, Altea S, Fratta W. Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. *Womens Health (Lond Engl).* 2008;4:51-65.
 275. Ettorre E. Women and drug abuse with special reference to Finland: Needing the ‘courage to see’. En: *Women’s Studies International Forum* [Internet]. Elsevier; 1994. p. 83–94. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277539594900094>
 276. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in

- seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2016;25 Suppl 1:56-65.
277. Mortensen JT, Olesen AV, Bøggild H, Olsen J, Westergård-Nielsen NC. Socioeconomic correlates of drug use based on prescription data: a population-based cross-sectional register study in Denmark 1999. *Dan Med Bull.* 2007;54(1):62-6.
278. Caamaño F, Figueiras A, Lado Lema E, Gestal-Otero JJ. [Self-medication: concept and «users'» profile]. *Gac Sanit.* 2000;14(4):294-9.
279. Roxburgh S. Gender differences in the effect of job stressors on alcohol consumption. *Addict Behav.* 1998;23(1):101-7.
280. Kuntsche S, Gmel G. The smoking epidemic in Switzerland--an empirical examination of the theory of diffusion of innovations. *Soz Praventivmed.* 2005;50(6):344-54.
281. Halme JT, Seppä K, Alho H, Pirkola S, Poikolainen K, Lönnqvist J, et al. Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32(9):1615-22.
282. Trias-Llimós S, Bosque-Prous M, Obradors-Rial N, Teixidó-Compañó E, Belza MJ, Janssen F, et al. Alcohol and educational inequalities: Hazardous drinking prevalence and all-cause mortality by hazardous drinking group in people aged 50 and older in Europe. *Substance Abuse.* 2020;1-9.
283. Bosque-Prous M, Brugal MT, Lima KC, Villalbí JR, Bartroli M, Espelt A. Hazardous drinking in people aged 50 years or older: a cross-sectional picture of Europe, 2011-2013. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;32(8):817-28.
284. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels--results from an international study. *Eur J Public Health.* 2013;23(2):332-9.

285. Devaux M, Sassi F. Social disparities in hazardous alcohol use: self-report bias may lead to incorrect estimates. *Eur J Public Health*. 2016;26(1):129-34.
286. Daniel JZ, Hickman M, Macleod J, Wiles N, Lingford-Hughes A, Farrell M, et al. Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug Alcohol Rev*. 2009;28(2):142-53.
287. Wilsnack SC, Wilsnack RW. International gender and alcohol research: recent findings and future directions. *Alcohol Res Health*. 2002;26(4):245-50.
288. Benavides FG, Ruiz-Forès N, Delclós J, Domingo-Salvany A. [Consumption of alcohol and other drugs by the active population in Spain]. *Gac Sanit*. 2013;27(3):248-53.
289. Barnes AJ, Brown ER. Occupation as an independent risk factor for binge drinking. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2013;39(2):108-14.
290. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of substance use* [Internet]. 2007; Disponible en: file:///I:\COMUN\Bibliografia\ARTICLES\Legleye_Journal-of-substance-use_2007.pdf
291. Rueda S, Smith P, Bekele T, O'Brien K, Husbands W, Li A, et al. Is any job better than no job? Labor market experiences and depressive symptoms in people living with HIV. *AIDS Care*. 2015;27(7):907-15.
292. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*. 2005;90(1):53-76.
293. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2008;96(1-2):165-77.

294. Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *ScandJWork EnvironHealth*. 1997;79–83.
295. Pérez-Milena A, Redondo-Olmedilla M de D, Martínez-Fernández ML, Jiménez-Pulido I, Mesa-Gallardo I, Leal-Helmling FJ. [Changes in hazardous drinking in Spanish adolescent population in the last decade (2004-2013) using a quantitative and qualitative design}. *Aten Primaria*. 2017;49(9):525-33.
296. Donovan JE. Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. *Pediatrics*. 2009;123(6):e975-81.
297. Gervilla E, Jiménez R, Anupol J, Duch M, Sesé A. Breath Alcohol Concentration and Perception of Drunkenness: A Comparison between Adolescents and Young Adults Drinking Alcohol in Public Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8).
298. Northcote J, Livingston M. Accuracy of self-reported drinking: observational verification of «last occasion» drink estimates of young adults. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(6):709-13.
299. Engs R, Hanson D. Gender differences in drinking patterns and problems among college students: A review of the literature. *JADE*. 1990;35:36-47.
300. Cabieses B, Zitko P, Pinedo R, Espinoza M, Albor C. [How has social status been measured in health research? A review of the international literature]. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(6):457-68.
301. Trochim WM. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Plann*. 1989;12(1):1–16.
302. Suárez C, del Moral G, Musitu G, Sánchez JC, John B. [Effectiveness of institutional policies to prevent adolescent alcohol use: The view of experts and adolescents]. *Aten Primaria*. 2014;46(7):326-35.

303. de Goeij MCM, Harting J, Kunst AE. Stronger declines in youth alcohol consumption thanks to stronger integrated alcohol policies? A qualitative comparison of ten Dutch municipalities. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2017;12(1):13.

APÈNDIX: col·laboració en altres articles sobre alcohol i altres substàncies psicoactives

ALTRES ARTICLES

ARTICLE 1

The urban environment of alcohol: a study on the availability, promotion and visibility of its use in the neighbourhoods of Barcelona

Joan R. Villalbí, Albert Espelt, Xisca Sureda, Marina Bosque-Prous, **Ester Teixidó-Compañó**, Susanna Puigcorbé, Manuel Franco, M Teresa Brugal.

Addiciones. 2019 Jan 1;31(1):33-40 DOI: 10.20882/adicciones.950

ALTRES ARTICLES

ARTICLE 2

Association between negative mood states, psychoactive substances consumption and bullying in school-aged adolescents

Ainara Díaz-Greada, Albert Espelt, Marina Bosque-Prous, Núria Obradors-Rial, **Ester Teixidó-Compañó**, Francisco Caamaño Isorna.

Addiciones. 2020 Apr 1;32(2):128-135 DOI:
10.20882/addiciones.1265

ALTRES ARTICLES

ARTICLE 3

Alcohol and educational inequalities: Hazardous drinking prevalence and all-causes mortality by hazardous drinking group in people aged 50 and older in Europe

Sergi Trias-Llimós, Marina Bosque-Prous, Núria Obradors-Rial, **Ester Teixidó-Compañó**, Maria José Belza, Fanny Janssen, Albert Espelt.

Substance Abuse. 2020 Jun 16;1-9. DOI: 10.1080/08897077.2020.1773597.

ALTRES ARTICLES

ARTICLE 4

Assessing the association between tourism and the alcohol environment in Barcelona: a cross-sectional study

Susana Puigcorbé, Joan R. Villalbí, Xisca Sureda, Marina Bosque-Prous, **Ester Teixidó-Compañó**, Manuel Franco, Montse Bartroli, Albert Espelt.

BMJ Open (in press)

