
CONCEPTO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ADICCIONES

CONCEPT OF RISK PERCEPTION AND ITS IMPACT ON ADDICTIONS

José A. García del Castillo

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Universidad Miguel Hernández de Elche.

RESUMEN

Podemos considerar que la percepción de riesgo ha estado presente en todos los estudios preventivos relacionados con las drogodependencias y otras adicciones, considerándose una de las variables de mayor impacto en la iniciación al consumo y en el mantenimiento del mismo. De hecho se considera que puede llegar a ejercer una influencia capital a la hora de que una persona se plantee probar una nueva sustancia o empezar a consumir cualquier cosa que sea susceptible de generar adicción. No obstante no está clara en la literatura científica su conceptualización teórica, la forma o formas en la que se puede medir o cómo se podría influir sobre ella para que supusiera una barrera eficaz como factor de

Correspondencia

Dr. José A. García del Castillo.

Universidad Miguel Hernández.

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Campus de Sant Joan d'Alacant.

03550- Sant Joan d'Alacant (Alicante-España).

E-mail: jagr@umh.es

protección al consumo. Se especula que los jóvenes con alta percepción de riesgo tienen menor probabilidad de comenzar a consumir frente a los que tienen una percepción de riesgo baja, por el hecho, no demostrado, de que ejerza de reguladora de la motivación de consumo. Se analiza el concepto de percepción de riesgo en base a diferentes teorías de la psicología social, presentando algunos modelos desde donde dar explicación a esta variable con el objeto de intentar contextualizarla en el marco de las conductas adictivas.

Palabras clave: Percepción de riesgo, teorías, jóvenes, adicciones.

ABSTRACT

We can assume risk perception has been always considered in all prevention studies about both drug dependency and addictions as an important variable with a high impact within initiation and maintenance of consumption. In fact is considered risk perception could influence decision making of tasting a new substance or something liable to create addiction. Nevertheless theoretical conceptualization is not clear enough in scientific literature nor measures and influence ways to create an effective barrier against consumption either. It is speculated youth with high risk perception are less likely to begin a consumption against youth with less risk perception through the not demonstrated fact of a regulatory function in the consumption motivation. It is analysed risk perception concept based on several theories of social psychology, showing models explaining this variable in order to contextualize it into an addictive disorders framework.

Keywords: Risk perception, theories, youth, addictions.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de las conductas adictivas, sobre todo desde las adicciones químicas, ha sido una constante considerar la percepción de riesgo como una variable capital en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas. Se suele asumir a priori, que la adolescencia y la juventud son periodos evolutivos donde se percibe el riesgo de una forma diferente,

entendiéndose que tienen una baja percepción del peligro que acarrearía someterse a determinados comportamientos en comparación con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud. Cualquier conducta que pueda entrañar consecuencias arriesgadas, como los llamados deportes de riesgo (salto base, paracaidismo, *puenting*, *body-board*, etc.) o algunos consumos (tabaco, alcohol u otras drogas) estarían incluidas en este espectro. Desde este punto de vista, podríamos analizar una gran cantidad de comportamientos de nuestro estilo de vida, que serían susceptibles de entrañar riesgo de salud en función de la intensidad y la frecuencia, independientemente de la percepción que tengamos de los mismos (tabla 1).

Tabla 1. Conductas de riesgo de salud.

Conductas Alimentarias	<ul style="list-style-type: none"> • Comer en exceso • Dejar de comer • Abusar de alimentos dulces o salados • Comer demasiado rápido • “Picar” entre comidas • Hacer un número inadecuado de comidas • Abusar de alimentos grasos • Tomar bebidas gaseosas • No seguir una dieta equilibrada • No vigilar el peso
Consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Fumar • Beber alcohol • Tomar medicamentos • Consumir otras drogas: cocaína, heroína, cannabis, etc.
Actividad y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • No hacer ningún tipo de ejercicio físico • Hacer esfuerzos físicos bruscos • Llegar al agotamiento físico • Practicar deportes de alto riesgo • Trasnchar • Dormir pocas horas • Romper las rutinas de sueño
Higiene personal	<ul style="list-style-type: none"> • Descuidar la higiene corporal diaria • No lavarse las manos para comer • No cepillarse los dientes después de las comidas • Descuidar la limpieza de la ropa

Relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones poco placenteras • Mala planificación • Inestabilidad y falta de seguridad e higiene • Promiscuidad
Conducta laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente organización del tiempo de trabajo • Falta de comunicación con los compañeros • Participación en conflictos laborales • Desarrollar actividades laborales que generen insatisfacción • Deterioro de la comunicación con mandos y empleados
Pareja y familia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación • Discusiones frecuentes • Incompatibilidad de aficiones • No afrontar los problemas cotidianos
Amigos y entorno social	<ul style="list-style-type: none"> • No disponer de tiempo para las relaciones sociales • Ruptura de la comunicación con vecinos y conocidos • Desinterés por las actividades de tipo lúdico
Otros comportamientos de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción temeraria de vehículos • Falta de medidas de seguridad en el trabajo • Comportamientos de riesgo doméstico (electricidad, productos tóxicos, etc.) • Divorcio • Desempleo • Muerte de parientes y amigos

Si partimos de una situación normal en la vida, la probabilidad de tener un accidente que dañe la salud será igual para todos, dado que no habrá exposición a ningún tipo de riesgo añadido. Sufrir un atropello fortuito, una caída o una agresión, en condiciones normales tiene una baja probabilidad de ocurrencia y la percepción de riesgo ante ellas, para jóvenes o menos jóvenes, será baja.

Una de las tendencias más generalizadas en el comportamiento normal de consumo es el de intentar controlar el riesgo. Está ampliamente demostrado (Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011; García del Castillo y Días, 2007; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009; Melo y Castanheira, 2010; Pascual, 2002) que ante el consumo de sustancias se mantiene una alta sensación de control del consumo, el llamado mito del control, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo. En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. De ahí que la percepción de riesgo

vaya aumentando significativamente con la edad. Aunque no siempre es tan lineal la progresión, dado que pueden intervenir otras variables que alteren el proceso normal, siendo las personas más arriesgadas pensando que el azar jugará a su favor, o manteniendo la falsa creencia de superioridad en referencia a un acontecimiento determinado, que se afrontará con la certeza de que no se corre riesgo alguno, minimizando las posibles consecuencias adversas.

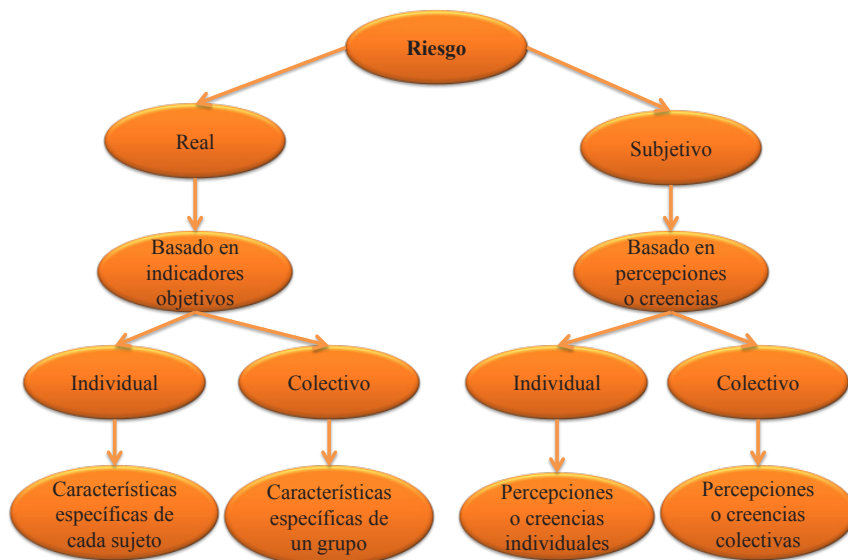
CONCEPTO DE RIESGO

Las definiciones sobre riesgo en la literatura son escasas y no encontramos ninguna que de un sentido unitario al concepto. El riesgo lo podemos entender desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y podemos valorarlo desde una vertiente individual o colectiva. Por ejemplo, el riesgo de catástrofe lo entenderíamos desde una visión real y colectiva si estamos frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar un cataclismo en una población determinada, que sería diferente pero asimilable a una epidemia o pandemia también como riesgo real y colectivo frente a un virus. Estos riesgos los podríamos considerar basados en indicadores objetivos pero incontrolables, dado que no podemos ejercer ningún tipo de control sobre las catástrofes o la expansión y el contagio de un virus desconocido. En cambio serían riesgos predecibles, si comparamos la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y su repercusión en la salud, sabiendo que las mujeres tienen más vulnerabilidad al alcohol que los hombres (Izquierdo, 2002).

Por otra, parte en el plano del riesgo real-individual, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición le añadimos un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumenta significativamente.

Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el colectivo (Figura 1).

Figura 1. Concepto de riesgo.



CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO

El concepto de percepción lo entendemos y explicamos desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencia y actitud. Según Pastor (2000) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor condicionará su comportamiento.

La percepción de riesgo estaría ubicada también en el plano subjetivo. Algunos de los factores que intervienen en su configuración serían los siguientes:

- Perceptivos.
- De historia personal (experiencias).
- Cantidad y calidad de la información.
- Creencias y actitudes.

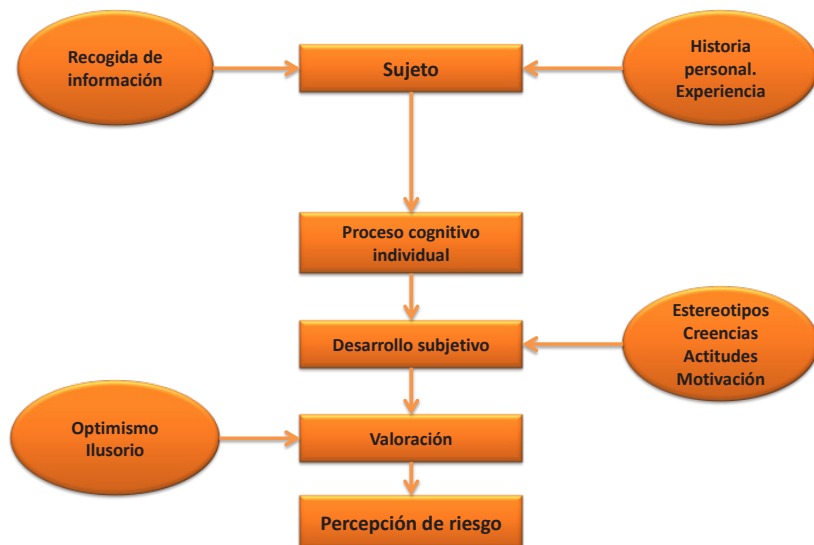
- Estereotipos.
- Motivación.

Todos estos factores estarán expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación. Por ello, los posibles perfiles de riesgo subjetivo serán tantos como sujetos a evaluar. Podemos plantear, por ejemplo, un supuesto de consumo de alcohol donde un joven puede percibir bajo riesgo porque en su experiencia personal, en ocasiones anteriores, ha podido comprobar que no ha sufrido ningún tipo de malestar o peligro por el consumo. Además puede estar bien informado de que una cantidad de alcohol determinada no es necesariamente perjudicial si no tiene que realizar actividades que entrañen peligros adicionales (como por ejemplo conducir un coche). Sus creencias y actitudes son positivas hacia el consumo de alcohol en pequeñas cantidades y de una forma “controlada” y se siente muy motivado a beber en esta ocasión concreta porque es similar a otras anteriores que fueron realmente exitosas para él.

Para aproximarnos a una concepción más realista y operativa de la percepción de riesgo, tendríamos que conjugar los elementos de ambos conceptos: riesgo y percepción, integrando todos aquellos elementos que intervienen en su configuración final. Tendríamos que incluir todas las características intervinientes (Figura 2):

- Es un proceso cognitivo individual.
- Se desarrolla en el plano subjetivo.
- En su configuración intervienen otros procesos básicos: creencias, actitudes, motivación, etc.
- Una vez procesado, se convierte en una evidencia para el sujeto.

Figura 2. Configuración de la Percepción de Riesgo (Modificado de García del Castillo-López, 2011).



No cabe duda, que desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema. De hecho la información recogida acerca de cualquier acontecimiento puede venir de distintas fuentes entre las que pueden estar las fidedignas y contrastadas o bien aquellas de poca o baja credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal conformarán las creencias y las actitudes fundamentalmente, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada.

Según Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno (2012) la forma de pensar, lo que estamos llamando proceso cognitivo individual, está sesgada en referencia a la información externa, dicho de otra forma, a diferencia de lo que nos dice la creencia popular, las personas no

suelen ser capaces de ejercer control racional acerca de la información que reciben a la hora de tomar una decisión personal. En el paso decisivo del proceso que es la valoración, interviene el concepto optimismo ilusorio (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez y Blanco, 1998; Weinstein, 1980, 1982) con el que la persona genera expectativas de futuro optimistas. De los estudios de Weinstein y otros anteriores (Kirscht, Haefner, Kegeles y Rosenstock, 1966; Harris y Guten, 1979; Rosenstock, 1974), así como estudios posteriores (Dillard, Midboe y Klein, 2011; Gold, 2008; McGee y Cairns, 2009; Patton, Tollit, Romaniuk, Spence, Sheffield y Sawyer, 2011) se desprende la importancia que tiene este concepto en relación con la salud. En los estudios más clásicos se demuestra que el optimismo ilusorio hace que se perciba el riesgo hacia la salud de una forma muy amortiguada aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables, tanto en situaciones supuestas como probables.

APUNTES DE LA CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE DIFERENTES TEORÍAS

Cuando revisamos la literatura científica en relación con la percepción de riesgo, observamos que gran parte de los modelos se desarrollan en el marco psicosocial cognitivo. Entre los más destacados habría que mencionar el Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975, 2009, 2010), la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, 1988, 2001, 2006, 2008), la Teoría de la Motivación Protectora (Harris, 1996; Harris y Middleton, 1994; Prentice-Dunn y Rogers, 1986; Rogers, 1975, 1983, 1985).

CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

A partir de las formulaciones de Rosentock (1974) el Modelo de Creencias de Salud (MCS) se consolidó como uno de los más potentes y utilizados para estudiar la conducta de salud a partir de la predicción del comportamiento. El modelo se fundamenta en la explicación

y predicción de los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud. Se centra en la decisión bajo incertidumbre, persiguiendo la evitación o decremento de las conductas de riesgo de salud, intentando aumentar al máximo los comportamientos de protección. Para ello tendrán que interactuar diferentes elementos que conseguirán que una persona persiga un comportamiento saludable o uno de riesgo, según la cantidad de motivación por mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias (Medina y León, 2004; Valencia, Londoño, Amézquita, Cortés, Guerra, Hurtado y Ordoñez, 2009):

- La susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar.
- La gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida.
- Los beneficios y costes percibidos en función de que pueda reducir los riesgos de salud adoptando conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas.

Siguiendo el Modelo de Creencias de salud, podríamos reajustar la configuración del concepto de percepción de riesgo (Figura 3).

Figura 3. Configuración de la percepción de riesgo en base al MCS (Modificado de García del castillo-López, 2011).



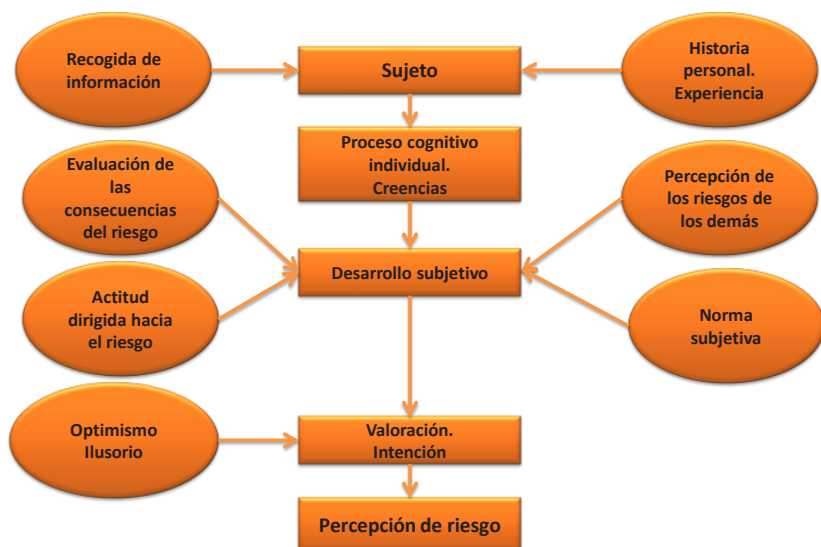
Como podemos observar en la figura se añaden a la configuración aquellas variables que posibilitan llegar a una valoración subjetiva que evalúe el grado de susceptibilidad atribuido a un proceso de enfermedad, la percepción atribuida a la severidad del problema de salud y los costes beneficios posibles que una vez contrastados llevarán a una percepción de riesgo de mayor o menor nivel.

CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LA CONDUCTA PLANEADA

Desde los planteamientos más clásicos de la teoría de las actitudes, el concepto de actitud se ha enmarcado en el ámbito social dado que surge de la interrelación entre el sujeto y su entorno. A partir de la década de los sesenta del pasado siglo aparecen los denominados 'modelos de componente único afirmando que solamente existe un componente en la actitud, el que se determina como evaluativo. Desde esta orientación las teorías de la Acción Razonada y la Conducta Planeada, tuvieron como planteamiento primario intentar dar una explicación empírica al comportamiento social, y posteriormente se derivaron al estudio de la conducta de salud, siendo uno de los objetos de estudio la prevención del consumo de tabaco y alcohol (Medina y León, 2004).

La Teoría de la Acción razonada persigue la predicción del comportamiento a través de la norma subjetiva y las actitudes, medidas mediante la intención. Siguiendo este esquema podríamos configurar la percepción de riesgo incluyendo los elementos de la teoría donde el desarrollo subjetivo estaría mediado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes dirigidas hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los demás y la norma subjetiva (Figura 4).

Figura 4. Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Acción Razonada.



CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE LA TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN PROTECTORA

La Teoría de la Motivación Protectora de Rogers (1975, 1983, 1985) y Harris y Middleton (1994) parte de la premisa básica de que el miedo a las consecuencias mediatiza el comportamiento final de las personas, motivándolas a buscar medidas de protección. Según Medina y León (2004), la teoría afirma que podemos aumentar significativamente la intención de mantener una conducta de salud si conseguimos infundir el suficiente miedo en el sujeto, siempre y cuando le demos también salidas posibles y eficaces para evitar el proceso de enfermedad. Una vez que el sujeto está motivado hacia la protección los comportamientos que lleve a cabo irán en consonancia con la evitación del riesgo. Las variables fundamentales que determinan la motivación de la protección son dos:

- La valoración de la amenaza que está en función de la capacidad de adaptación a la amenaza menos la cantidad de amenaza recibida y el grado de vulnerabilidad del sujeto hacia esa amenaza.
- La valoración de la respuesta de afrontamiento, que está en función de la eficacia de la respuesta y la autoeficacia menos los costes adaptativos.

Para configurar una propuesta del concepto de percepción de riesgo desde esta teoría, introducimos la mediación de la motivación protectora en el desarrollo subjetivo y en la valoración las dos variables fundamentales del modelo (Figura 5).



A MODO DE CONCLUSIÓN

Todos aquellos procesos que se encuentran en el plano de lo subjetivo son difíciles de universalizar. Aunque intentemos darle forma y contenido colectiva, finalmente son los procesos cognitivos individuales los que procesan la información, la filtran a través del plano perceptivo y actúan en consecuencia. La percepción de riesgo se encuentra entre estos procesos, con la particularidad de que es un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal. En estos momentos no podemos obviar la cualidad que tiene esta variable en la iniciación y mantenimiento del consumo de alcohol de los jóvenes. Los intentos por aumentar la percepción de riesgo al consumo de tabaco, alcohol u otras drogas desde los programas de prevención, las campañas de promoción de salud, el marketing de salud y otros recursos preventivos, han sido hasta el momento infructuosos, lo que no quiere decir que se deba abandonar la investigación.

Son muchas las estrategias que se han puesto en marcha para intentar aumentar la percepción de riesgo en población joven, o bien para contrarrestar los posibles beneficios, también subjetivos, que puedan atribuirles los jóvenes a beber alcohol, fumar o consumir otras drogas independientemente de sus tasas de riesgo percibido. Una de las más utilizadas en los programas y campañas de promoción de salud son las estrategias de recurso al miedo, que en principio hemos visto que estarían en consonancia con una de las premisas básicas que promulga la teoría de la Acción Protectora, que hemos expuesto anteriormente.

La información que les llega a los jóvenes sobre el alcohol puede caer en la contradicción. Por ejemplo la promoción de bebidas alcohólicas desarrolladas desde las compañías productoras de alcohol es de una alta calidad para inducir al consumo, utilizando el mensaje positivo como estrategia de venta y persuasión, asociándose el comportamiento de beber con situaciones positivas, tanto de corte social como individual y presentando modelos consumidores que reflejan madurez, seguridad, éxito social y personal (García del Castillo, Gázquez, López-Sánchez y García del Castillo-López, 2012). Las advertencias explícitas obligadas por la ley para el caso del tabaco, utilizando el recurso al miedo en gran cantidad de los mensajes de las cajetillas

de tabaco, como por ejemplo “Fumar mata”, no son obligatorias por la ley en el caso de las bebidas alcohólicas, que únicamente regulan estos mensajes con leyendas mucho menos agresivas e intimidantes como “Bebe con moderación. Es tu responsabilidad”, que como se puede comprobar no inspira ningún tipo de miedo o amenaza y apela más al sentimiento de compromiso consigo mismo. El comportamiento de beber alcohol en el mundo adulto es patente en todos los ámbitos sociales, por lo que refuerza aún más el “derecho” a beber una vez cumplidos los 18 años de edad.

Tendremos que continuar profundizando en el estudio de esta variable, con el fin de intentar encontrar un mecanismo que permita aumentar la percepción de riesgo en los momentos más críticos del proceso de adicción, que se corresponden con la iniciación al consumo y el mantenimiento del mismo en sus primeras fases.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I. (2006). Theory of Planned Behavior [Electronic Version]. Retrieved 7 de marzo de 2011, from <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
- Ajzen, I. (2008). Consumer attitudes and behavior. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr y F. R. Cardes (Eds.), *Handbook of Consumer Psychology* (pp. 525- 548). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bansal-Travers, M., Hammond, D., Smith, P. y Cummings, K.M. (2011). The Impact of Cigarette Pack Design, Descriptors, and Warning Labels on Risk Perception in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 674–682.
- Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Nora, M., Hynes, M. y Cumsille, F. (2011). Perception of Risk and Drug Use: An Exploratory Analysis of Explanatory Fac-

- tors in Six Latin American Countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 9–17.
- Concha, D., Bilbao, M.A., Gallardo, I., Páez, D. y Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud y Sociedad*, 3 (2), 115-129.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 11(2), 179-202.
- Dillard, A.J., Midboe, A.M. y Klein, W.M.P. (2011). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Pers. Soc. Psychol.*, 35(11), 1540-1550.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. In M. Fishbein (Ed.), *Reading in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: some applications and implications. In M. M. Page (Ed.), *Belief, attitudes and values*. Lincoln, MA: University of Nebraska Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1972). Attitudess and options. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2009). *Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- García del Castillo, J. A. y Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 7(2), 309-332.
- García del Castillo, J.A., Gázquez, M., López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2012). Análisis del consumo de alcohol desde una perspectiva preventiva. En F. Pascual y J. Guardia (coords.). Monografía sobre el alcoholismo (333-380). Madrid: Socidrogalcohol.
- García del Castillo-López, A. (2011). *Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional*. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche (inédito).
- Gil, E., González, J.R. y Meneses, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-308.

- Gold, R.S. (2008). Unrealistic optimism and event threat. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (2), 193-201.
- Harris, D. M. y Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *J. Health Soc. Behav.* 20, 17-29.
- Harris, P. (1996). Sufficient grounds for optimism? The relationship between perceived controllability and optimistic bias. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 9-52.
- Harris, P. y Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369-386.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14 (1), 175-193.
- Jiménez-Muro A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Kelly, E., Darke, S. y Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review*, 23, 319-344.
- Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Kegeles, S. S. y Rosenstock, I. M. (1966). A national study of health beliefs. *J. Health Hum. Behav.* 7, 248-254.
- McGee, H.M. y Cairns, J. (2009). Unrealistic optimism: a behavioural sciences classroom demonstration Project. *Medical Education*, 28 (6), 513-516.
- Medina, S. y León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Melo, D.S. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18, 655-662.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Patton, G.C., Tollit, M.M., Romaniuk, H., Spence, S.H., Sheffield, J. y Sawyer, M.G. (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent

- health risks. *Pediatrics* 127(2), 308 -316. (doi: 10.1542/peds.2010-0748).
- Prentice-Dunn, S. y Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo y R.E. Petty (eds.). *Social Psychology: a source book* (153-156). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56 (1), 179-182.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A. y Ordoñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5 (2), 337-347.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820. doi: 10.1037/a0020997.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 441-460.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Zimmermann, G. (2011). Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of Youth Studies*, 13(1), 83-99.