Instituto Deusto de Drogodependencias

Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

Una mirada ecológica

DeustoDigital

Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

Una mirada ecológica

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Instituto Deusto de Drogodependencias

Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

Una mirada ecológica

Avances en drogodependencias

Edición a cargo de
M.ª Teresa Laespada Martínez

2014
Universidad de Deusto
Bilbao

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Serie Drogodependencias, vol. 30

Comité de Redacción
María Teresa Laespada Martínez.
Elisabete Aróstegui Santamaría.
Pablo Gómez de Maintenant de Cabo.
Ioseba Iraurgi Castillo.
Iñaki Markez Alonso.
José Javier Meana Martínez.

Comité Asesor Científico
Luis Felipe Callado Hernando.
Domingo Comas.
Nieves Corcuera Bilbao.
Fernando Fantova Azcoaga.
Ane Miren Gabilondo Urkijo.
Juan Manuel González de Audikana de la Hera.
José Félix Marcos Frías.
Eusebio Megías Valenzuela.
Jesús Antonio Pérez de Arrospide.
María Purificación Pinilla Tejero.
Federico Ruiz de Hilla Luengas.
Javier Ruiz Fernández.

Página web del IDD: www.idd.deusto.es

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Imagen de portada: Tratamiento electrónico de una fotografía original de Agustin Sagasti realizada para la revista *Deusto*

© Los directores de la edición
© Los autores de sus respectivos textos
© Publicaciones de la Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao
e-mail: publicaciones@deusto.es

ISBN: 978-84-15759-52-2

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Índice

Lista de autores 9

Presentación, por *María Teresa Laespada* 13

Introducción, por *María Teresa Laespada* 17

Capítulo 1. Reflexiones en torno al consumo de alcohol en adolescentes, por *G. Musitu, C. Suárez y G. del Moral* 29

Capítulo 2. La necesidad de comprender el consumo de alcohol entre la juventud y los/as adolescentes, por *J. Elzo* 67

Capítulo 3. Consecuencias neuropatológicas y conductuales del abuso de alcohol durante la adolescencia, por *J. Montesinos y C. Guerri* 85

Capítulo 4. El policonsumo de sustancias y el maltrato infantil entre adolescentes, por *M.J. Álvarez-Alonso, R. Jurado-Barba, N. Martínez-Martín, J.C. Espín-Jaime, C. Bolaños-Porrero, A. Ordóñez-Franco, J.A. Rodríguez-López, D. Lora-Pablos, J. de la Cruz-Bértolo, M.A. Jiménez-Arriero, J. Manzanares y G. Rubio* 97

Capítulo 5. Una mirada desde los derechos de las niñas, los niños y los y las adolescentes, por *E. Ayarza* 111

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 6. La regulación como prevención ambiental del consumo de alcohol,
por *J.R. Villalbí* 121

Capítulo 7. Al filo de lo imposible: legislar sobre jóvenes y alcohol,
por *J. Zabala* 135

Capítulo 8. Planteamientos para realizar una eficiente prevención del consumo abusivo de alcohol,
por *M. Isorna* 157

Capítulo 9. Hackeando la prevención de las drogodependencias: del foco en las sustancias al desarrollo personal,
por *J.C. Melero* 205

Capítulo 10. La percepción de riesgo en la prevención del consumo de alcohol,
por *J.A. García del Castillo, Á. García del Castillo-López y C. López-Sánchez* 227

Capítulo 11. La Estrategia de la prevención indicada: un problema de infraestructura,
por *A. Ramírez de Arellano* 249

Capítulo 12. Cómo trabajar desde la clínica con adolescentes en torno al alcohol,
por *J.A. Abeijón* 273

Capítulo 13. ¿Y si el adolescente no bebe?,
por *M. Hernanz* 291

Capítulo 14. La atención sanitaria urgente en casos de intoxicación etílica con menores,
por *B. Azcunaga* 301

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Lista de autores

Juan Antonio Abeijón
Médico-Psiquiatra, Jefe del Centro de Salud Mental de Adicciones de Ajuriaguerra y Responsable Asistencial del Hospital de Día Manuene de Larrabetzu.

M.J. Álvarez-Alonso
Instituto de Investigación i+12 del Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Elena Ayarza
Psicóloga, Directora de la Oficina de Infancia y Adolescencia del Ararteko.

Beatriz Azcunaga
Pediatra, Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital de Cruces.

C. Bolaños-Porrero
Instituto de Adicciones «Madrid Salud». Ayuntamiento de Madrid.

J. de la Cruz-Bértolo
Unidad de Investigación Clínica I+12-CIBERESP. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Javier Elzo
Catedrático Emérito de Sociología de la Universidad de Deusto e investigador social. Miembro del Comité Científico de la Fundación Alcohol y Sociedad. Miembro del Consejo Asesor del Centro Reina Sofía sobre Adolescentes y jóvenes.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

J.C. Espín-Jaime
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

José Antonio García del Castillo
Catedrático de E.U. de Psicología Social de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Director del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Álvaro García del Castillo-López
Profesor Asociado de Psicología Social de la Universidad Miguel Hernández, de Elche. Investigador del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Consuelo Guerri
Jefe del laboratorio de Patología Celular del Centro de Investigación Príncipe Felipe de Valencia, ha sido galardonada con el European Alcohol Research Award-Manfred Lautenschläger.

Manuel Hernanz
Psicólogo clínico, Profesor de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Uribe Osakidetza y Presidente de la Asociación para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes ALTXA.

Manuel Isorna
Doctor en Psicología, Profesor asociado en la Facultad de Ciencias Educación de la Universidad de Vigo. Técnico de prevención de drogodependencias y conductas adictivas del Ayuntamiento de Catoira.

M.A. Jiménez-Arriero
Instituto de Investigación i+12 del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Unidad de Investigación Clínica I+12-CIBERESP. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM.

R. Jurado-Barba
Instituto de Investigación i+12 del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Universidad Camilo José Cela. Madrid.

Carmen López-Sánchez
Profesora Titular de Psicología Social del Departamento de Comunicación y Psicología Social de la Universidad de Alicante. Investigadora del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

D. Lora-Pablos
Unidad de Investigación Clínica I+12-CIBERESP. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

J. Manzanares
Redes de Investigación Cooperativa (RETICS-Red de Trastornos Adictivos), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), MICINN y FEDER. Madrid. Instituto de Neurociencias. Alicante.

N. Martínez-Martín
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Juan Carlos Melero
Psicólogo, EDEX.

Jorge Montesinos
Laboratorio de Patología Celular. Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia.

Gonzalo del Moral
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.

Gonzalo Musitu
Catedrático de Psicología Social de la Familia por la Universitat de València. Profesor de Psicología Social en la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

A. Ordóñez-Franco
Instituto de Adicciones «Madrid Salud». Ayuntamiento de Madrid.

Alfonso Ramírez de Arellano
Psicólogo clínico, Jefe del Servicio de Prevención Comunitaria, Departamento de Bienestar Social, Diputación de Huelva.

J.A. Rodríguez-López
Instituto de Adicciones «Madrid Salud». Ayuntamiento de Madrid.

Gabriel Rubio
Neuropsiquiatra. Hospital universitario 12 de octubre. Instituto de Investigación i+12 del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Unidad de Investigación Clínica I+12-CIBERESP. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Redes de Investigación Cooperativa (RETICS-Red de Trastornos Adictivos), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), MICINN y FEDER. Madrid.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Cristian Suárez Relinque
Universidad Pablo de Olavide.

Joan Ramon Villalbí
Director de Calidad, Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Joseba Zabala
Médico de Salud Pública del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Presentación

María Teresa Laespada

El primer libro específico sobre el consumo de alcohol juvenil que se publicó en esta colección de la Universidad de Deusto fue en el año 1994, titulado *Alcoholismo juvenil: reflexiones y sugerencias de actuación ante una realidad contrastada*. El libro fue el resultado de la preocupación que el Instituto Deusto de Drogodependencias manifestaba por los resultados obtenidos en diversas investigaciones que se habían realizado en la población joven donde el consumo de alcohol era ya una constante preocupación por las altas prevalencias del consumo y las consecuencias que ese consumo acarreaba en el desarrollo de conductas de riesgo entre los y las jóvenes. Veinte años después y tras múltiples investigaciones realizadas, así como publicaciones tanto en esta colección como en otras, las tasas de consumo de alcohol siguen permaneciendo elevadas. Los estudios de la serie escolar Drogas y Escuela o los informes de Euskadi y Drogas muestran que el consumo de alcohol, aún habiendo disminuido ligeramente en los últimos años, es una práctica habitual y consolidada entre la población juvenil.

Algunas cosas han cambiado desde entonces y este libro trata de desgranar algunas de las mismas. El consumo de alcohol por parte de la población joven es una conducta multicausal y multifactorial. Quizás hemos repetido demasiadas veces esta terminología, tanto que la hemos desgastado. Pero hay evidencias que muestran la seguridad con la que se ajusta a la conducta de consumo que realizan los y las jóvenes. Esta es la razón por la cual, a pesar de la multitud de intervenciones desarrolladas en los últimos años en materia de alcohol, la mirada de conjunto parece decir que las cosas no han cambiado. Un análisis más perfilado y guiado por un objetivo más preciso permite ver que hay cambios sustanciales que deben ser relatados y mencionados. La generación de jóvenes de ahora y hace veinte años, no son los mismos. Aquellos jóvenes pueden ser y son, padres y madres

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de los actuales jóvenes, así que toca resituar el foco de atención y de análisis. Por ello, conocer a los jóvenes de hoy y poner una mirada ecológica de su consumo de alcohol resultaba de interés para la publicación de este libro.

Justamente por la necesidad de entender este consumo desde una mirada ecológica del consumo de alcohol han recogido diversas contribuciones de expertos y expertas desde disciplinas distintas y poco convergentes.

Así, en este libro hay autores que desarrollan una perspectiva desde la mirada psicosociológica del consumo de alcohol, comprendiendo éste enclavado en sus procesos de socialización y estilos de vida. G. Musitu *et al*. reflexiona desde el conocimiento que aporta la multitud de investigaciones y análisis desarrollados para comprender la lógica adolescente abordando distintas perspectivas, sus propias expectativas ante la conducta, su desarrollo personal y la influencia que ejercen los agentes socializadores. En este sentido, J. Elzo atraviesa con su mirada las explicaciones de los porqués y paraqués desde la perspectiva juvenil pero también desde la configuración social de estos inicios del siglo XXI.

Pero, además la ciencia y la investigación también han avanzado sustancialmente desde entonces. La tecnología actual permite conocer desde la biología humana con mayor precisión las consecuencias neuropatológicas que el consumo de alcohol acarrea o puede acarrear en el desarrollo evolutivo del cerebro adolescente. Para abordar esta cuestión que se encuentra en permanente avance, hemos contado con la contribución de C. Guerri y G. Rubio y sus equipos, quienes desarrollan dos capítulos altamente interesantes sobre la cuestión. Desde esta perspectiva B. Azcunaga muestra la cara más preocupante de este consumo abusivo cuando la población adolescente debe ser atendida en los servicios de urgencias hospitalarias.

Una vez visto que el fenómeno del consumo de alcohol es un problema social, sociales son las soluciones y la mirada se posa en el marco legislativo y político en primer lugar. ¿Y cómo puede intervenirse? Posamos entonces la mirada sobre la administración pública para la protección legal de la salud y de las conductas saludables que los niños, niñas y adolescentes tienen entre sus derechos. E. Ayarza realiza un marco comprensivo sobre el cual abordar la legislación protectora de la infancia y adolescencia para mantener el difícil equilibrio entre la prohibición y la educación como elementos-clave en el marco legal. Legislar para favorecer la educación y la intervención en clave educativa en primer lugar, para acompañar, para proteger, para no discriminar. J. Villalbí explica las diferentes formas de regulación ambiental que

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

desde la administración pueden llevarse a cabo para su implantación y control. En este sentido, J. Zabala se arriesga a adentrarse en la siempre peliaguda cuestión de la legislación del alcohol y de su consumo. La legislación de publicidad, de patrocinios, el efecto de las sanciones, son cuestiones muy complejas que requieren del cuidadoso análisis que desarrollan los autores.

Sin ninguna duda, el abordaje de la prevención de este consumo de alcohol se encuentra en el centro de interés de esta publicación. Una vez sabemos y diagnosticamos sobre lo que hay, toca hablar de cómo intervenir, como prevenir, como disminuir los consumos y qué hacer. Así la mirada se vuelve, en primer lugar, sobre la prevención. La experiencia acumulada de años de intervención en ámbitos escolares, familiares, comunitarios y con diseño de prevención universal, selectiva o indicada donde el foco de atención ha sido el alcohol, permite saber qué funciona y qué no funciona en prevención. M. Isorna aborda la prevención desde la eficiencia para adentrarse en explicar cuáles son las cuestiones que las evaluaciones de los distintos programas señalan que funcionan. J.C. Melero, con la experiencia acumulada en prevención, realiza un análisis reflexivo exploratorio sobre las claves necesarias a desarrollar en prevención en tiempos de incertidumbres, mostrando a su vez, qué funciona y qué no funciona. J.A. García del Castillo profundiza en una cuestión crucial para entender y comprender el consumo de alcohol juvenil, así como buscar estrategias eficaces para controlar el consumo, cual es la percepción del riesgo del consumo de alcohol. A. Ramírez de Arellano muestra las posibilidades que ofrece una estrategia de prevención indicada bien diseñada para que la detección precoz, elemento clave en la intervención más específica, pueda conducir a resultados satisfactorios.

¿Y cómo intervenimos en aquellos casos en los que la barrera del uso se traspasa y se pasa al abuso continuado y problemático? ¿Qué hacer con la adolescencia y juventud que por distintos factores de riesgo busca su refugio o su refuerzo en ese consumo problemático?, J.A. Abeijón explica el trabajo desde la clínica con adolescentes y remarca la necesidad de no llegar a la frontera del tratamiento, pero una vez atravesada, será necesario diferenciar los distintos mensajes que el adolescente o joven transmite a través de su conducta, valorar su sufrimiento y su complejidad y todo ello sin dejar de contar como elemento central de apoyo de la familia del adolescente o joven y de sus procesos.

En último lugar, que ni muchísimo menos es el último, pero el orden caprichoso de los factores así lo ha configurado, M. Hernanz nos reta con una pregunta básica y fundamental. ¿y si el adolescente no

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

bebe? Parte de la premisa de que beber no es un comportamiento repentino sino consecuencia de un modo de afrontar situaciones, frecuentemente tan integradas que apenas se dejan ver. Y esa es la novedad. ¿qué pasa cuando no beben? Así, M. Hernanz cierra el libro.

Esta publicación aborda, en definitiva, una conducta compleja, poliédrica, con muchas aristas e interpretaciones desde una causalidad casi inevitable de peso según configuramos la sociedad, hasta una causalidad intrínseca, propia de la individualidad y ello exige afrontarlo con medidas valientes y arriesgadas pero sujetas a la evidencia científica, dando un peso prioritario a la prevención e intervención educativa y una visión no patologizada de la conducta del beber, pero sin engaños y bajo el prisma de lo que la ciencia nos informa, así como un abordaje terapéutico desde la ética del respeto al menor y a su familia.

Este es un libro en el seno de una publicación académica universitaria. No todos los autores lo son y desde aquí quiero reconocerles el mérito de escribir y adaptarse a los requerimientos y requisitos exigidos. También quiero agradecerles su voluntad de participar y su esfuerzo por expresar el trabajo que desarrollan y los resultados de sus trabajos y elaboraciones. Debo decir que todas y todos aceptaron encantados, a pesar de sus ocupaciones, preocupaciones y quehaceres.

No quiero terminar sin dar las gracias a la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco, sin cuya ayuda y acompañamiento no sería posible este libro y tampoco los espacios de reflexión e intercambio en esta materia.

La edición del texto y esta universidad no tiene porqué suscribir todas las líneas de este libro, como no podría ser de otra manera. Pero están y deben estar reflejadas desde la diversidad y heterogeneidad del conocimiento y ello a pesar de que todos y todas los autores, sin excepción, inician su capítulo subrayando la conducta del beber adolescente y abusiva en el caso de edades superiores, como una conducta problemática. Por algo será.

Bilbao, diciembre de 2014

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Introducción

María Teresa Laespada

El binomio alcohol y adolescencia es una preocupación que aparece cíclicamente en el interés social. En algunas ocasiones se visibiliza como un problema de orden público, en otros se acentúa como un problema educativo, en otras ocasiones de siniestrabilidad y conflictividad social y últimamente coge fuerza la visión de salud pública. Todas son ciertas y todas son parciales y como parciales podrían ser consideradas incompletas si no se intenta aunar todas las visiones en una interpretación más omnicomprensiva del fenómeno del consumo de alcohol juvenil. Ello es especialmente indicado cuando se trata de buscar soluciones o programas preventivos de impacto en la población juvenil. La visión médica o sanitarista no por ser cierta y necesaria es completa de lo que realmente ocurre en el ocio juvenil y en el uso y abuso del alcohol, como tampoco lo es únicamente un acercamiento psicológico de ajuste conductual o tampoco lo es una visión cultural del consumo de alcohol.

Es necesaria una perspectiva ecológica, en el que puedan irse desgranando las actuaciones humanas y sus condicionantes para poder ser entendidas incluso corriendo el riesgo de perder cierta especificidad y especialidad (Bronfenbrenner, 2005). Por ello, precisamos contemplar a la adolescencia en medio de un denso tejido social en el que trascurre la historia personal de los sujetos, tal y como explicitan Pons y Buelga (2011). Las actuaciones, decisiones y conductas de las personas se llevan a cabo en entornos cambiantes y variables en los que llevan a cabo su vida cotidiana. A su vez, el ser humano en su acción social y su conducta individual va aprendiendo, desarrollando, cambiando y adquiriendo experiencia acumulativa que altera el entorno en el que vive y se desarrolla, es decir, se produce una interrelación compleja y orgánica entre las personas y su conducta, con el sistema social en el que viven. Berger y Luckman en 1966 formularon que la realidad social es creada

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

y dada forma por las personas mediante la interacción social, es decir, son los seres humanos quienes construyen y reconstruyen la realidad una y otra vez.

Como señala Pons y Buelga *la explicación ecológica reinterpreta el problema del consumo de sustancias al considerarlo como fenómeno integral y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos en un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco definido por los anteriores contextos* (Pons y Buelga, 2011: 77) y posiblemente esta es la clave interpretativa más acertada, si bien más compleja y por ello, hablar de adolescencia y alcohol es hablar de una realidad compleja, cambiante, difícil de explicar y de entender desde perspectivas unitarias.

Es innegable que en la actualidad la disponibilidad de datos y cifras, así como evidencias científicas de todo orden permiten avalar la problematicidad de la conducta de consumo de alcohol a edades tempranas así como el riesgo de este consumo. La mayor parte de las veces estas cifras provienen del entorno médico y sanitarista donde se dibuja con claridad las implicaciones que este consumo acarrea en el adecuado y correcto desarrollo del adolescente o joven (WHO, 2014a). En otras, se vincula el consumo de alcohol a la siniestrabilidad e implicación en todo tipo de conductas de riesgo, violencia o accidentes de tráfico, relaciones sexuales no deseadas, etc (WHO,2014b). En otros casos, se menciona las dificultades para desarrollar el máximo potencial intelectual de un joven en desarrollo, o la constatable manifestación de que una conducta de abuso significa una vulnerabilidad manifiesta etc. Los capítulos que se presentan a continuación en este libro son una magnífica exposición de esta problematicidad. Todos o casi todos los autores y autoras comienzan su capítulo manifestando su preocupación por esta conducta y/o mostrando con datos, cifras o referencias bibliográficas las evidencias que dan razón a la preocupación. Es decir, la ingente cantidad de publicaciones, datos y estadísticas que avalan la problematicidad de la conducta resulta apabullante y no por ello menos eficaz si pensásemos en los escasos resultados conseguidos en cuanto a la disminución de la conducta de consumo. La última investigación del PNSD (2012) ESTUDES que se realiza en el entorno escolar entre adolescentes de 14 a 18 años, señala que más del 80% ha probado el alcohol y casi tres cuartas partes mantiene este consumo de forma activa el mes previo a la encuesta y este consumo se inicia muy tempranamente, entre 13 y 14 años y una tercera parte de los y las adolescentes manifiesta haberse emborrachado en el mes previo a la encuesta. Datos similares,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

si bien con algunas diferencias, se muestran en el estudio Drogas y Escuela VIII (Elzo y Laespada, 2012) publicado por esta colección si bien la prevalencia del consumo más reciente es ligeramente más baja.

El panorama europeo entre estudiantes tampoco difiere en exceso. Tomando los datos de la encuesta ESPAD (Hibell, 2011), el 87% de estudiantes entre 15 y 16 años como media entre todos los países participantes (36) también declara haber probado alcohol en su vida, el 79% de media declara haberlo consumido en el último año y el 57% ha realizado su consumo durante el último mes. La percepción de la disponibilidad de la sustancia señala que el 82% de la población encuestada española considera que es fácil o muy fácil conseguir alcohol; en el conjunto de países encuestados en Europa, esa media se sitúa en el 73%. Es decir, en términos globales, las tasas de consumo y disponibilidad de la sustancia se mueven en posiciones similares. Debe señalarse que cuando se precisa y se van utilizando datos más ajustados por países, por género, y otro tipo de cuestiones explicativas, las diferencias se acrecientan. Pero en su globalidad, la imagen que ofrece la juventud española respecto al consumo de alcohol, no difiere sustancialmente de la imagen que ofrece la realidad europea y ello teniendo en cuenta que existen legislaciones muy diferentes respecto a la accesibilidad y control del consumo de alcohol en menores.

Sabemos muchas cosas ya sobre el consumo de alcohol de la población adolescente y este libro, aún no estando todas las dimensiones o disciplinas ni todos y todas cuantos saben y son expertos en la materia, ha procurado cubrir la diversidad de enfoques. Los años acumulados de investigación y conocimiento nos permiten ir avanzando en la precisión y en el seguimiento de un fenómeno cuya conducta aparece invariablemente vinculada a la adolescencia desde hace ya más de treinta años.

Pero existe una dimensión, una mirada que no está cubierta y a la que nos vamos asomando con dificultades. Es la mirada desde los y las protagonistas del consumo. La inmensa mayoría de las veces estudiamos a la adolescencia y juventud, los observamos y los analizamos, a veces con precisión de entomólogos, pero sin ellos y ellas. Les preguntamos, les utilizamos para ahondar en el conocimiento de ellos y ellas pero pocas veces les oímos y les escuchamos. En contra de lo que pudiera creerse, no es fácil dar la palabra en igualdad de condiciones que al resto de expertos y profesionales en la materia. Son actores necesarios pero no tienen porqué haber elaborado un discurso sobre sus propios procesos a no ser que se les haya ayudado a hacerlo y esto no siempre se puede y no siempre es fácil. Es cierto que hay experiencias interesantes que incorporan sus voces y discursos, pero no se hace con

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

la frecuencia que debiera y mucho menos con la continuidad necesaria y mucho menos, en una publicación de estas características.

Así, de algún modo, para cerrar este círculo de intervenciones y justamente por ser protagonistas de nuestro libro, hemos querido traer aquí sus voces, en este capítulo introductorio, justamente al inicio. No son exactamente ellos y ellas quienes seleccionan los textos, escriben e interpretan, pero sí son sus voces y expresiones los que nos inspiran a interpretarlo. Lo hemos hecho más veces en investigaciones previas y no es una novedad pero tampoco es una obviedad, son sus discursos, los elaborados por chicos y chicas de 14 a 18 años que se sometieron a dos técnicas cualitativas de investigación: entrevista en profundidad y grupo de discusión y participaron con ganas y energía[1]. Escucharles a ellos y ellas es el contrapunto que queríamos poner en estas páginas introductorias a esta publicación que merece leerse sosegadamente. La investigación se difundirá por otros medios y en otro lugar, pero no queríamos dejar pasar la oportunidad de traer aquí sus voces. Al menos aquellas que más llaman la atención y que nos permitan claves interpretativas para que el lector pueda ponerle discurso y mensaje a medida que avance en la lectura de este libro, así como pinceladas en un cuadro de acuarela difuminado de sus interpretaciones de lo que hacen y porqué lo hacen, su juego con los límites y los riesgos, su modo de resolver los conflictos y problemas que este consumo les genera, las estrategias de resolución de problemas y conflictos. No hemos querido introducir interpretación alguna, hemos puesto sus comentarios segui-

[1] Se presentan aquí un extracto, más bien unas pinceladas, de un proyecto de investigación más amplio que profundiza en las pautas de consumo de alcohol de la población juvenil y sus diferencia en función de los perfiles de género, así como en la búsqueda de los nuevos riesgos asociados al consumo. La investigación, financiada por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco aún no ha visto la luz. Consta de dos partes diferenciadas, una cuantitativa, con un cuestionario cerrado autoadministrado en aulas escolares de alumnado cursando 3.º, 4.º de ESO, 1.º y 2.º de Bachiller, y/o FPGM, es decir, alumnado entre 14 y 18 años. La base muestral se configuró con un total de 2550 cuestionarios de toda la CAPV. A algunos de los centros escolares se solicitó la participación voluntaria posterior al cuestionario de alumnado, tanto en grupos de discusión como en entrevistas en profundidad. Realizamos un total de 5 grupos de discusión (dos de chicas únicamente, dos de chicos únicamente, uno mixto y 11 entrevistas en profundidad (seis chicas, cinco chicos). Las características para poder estar en ellos era que tuvieran consumos de alcohol y entre 14 y 18 años. El brevísimo análisis que aquí es una parte muy pequeña de todo el conjunto de la información y pertenece justamente a esta parte cualitativa. Debemos decir que los centros escolares, a pesar de la saturación de encuestas y métodos de investigación de todo orden que deben someterse, aceptaron nuestra presencia en las aulas y en los centros escolares tanto para realizar la parte cuantitativa como la parte cualitativa.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

dos para que sean leídos tal y como ellos nos los ofrecieron. El lector sacará sus conclusiones.

Cuando consumir es una ritual de paso necesario…

«Socialmente es como obligatorio. Por probar te apetecía para pasártelo bien y cuanto más bebías más fácil era relacionarte con los demás (...) por un lado curiosidad y por otro como todos lo hacen pues yo también. (...) Ahora ya más porque quieres pasártelo bien, y porque muchas cosas que haces borracho ni las pensarías sobrio, estando normal te da muchísima vergüenza» (chica, 16).

«siendo adulto tu cuerpo está más desarrollado y ya puedes soportar mayores cantidades de alcohol (...) se bebe porque es una droga que está aceptada en la sociedad, o sea, no está mal visto. Es algo que, te puedes tomar una cerveza y no te sorprendes. Al hacerlo todo el mundo, no te parece nada malo. La cosa es verlo a la gente cercana porque si ves que en tu familia beben cerveza o beben vino, pues ya te tranquiliza y sabes que tú puedes beber y que no pasa nada» (Chico 17).

«Como nosotros sabemos que todo el mundo bebe alcohol pues es lo que toca Si no supiéramos que la gente bebe ni siquiera hubiéramos empezado yo creo. Pero la gente nos decía que era divertido y diferente. Y como nos lo pasamos bien pues seguimos» (Chica 16).

Y con ello, experimentan con sus propios límites y riesgos. Toman decisiones

«Yo creo que todo el mundo ha tenido una experiencia de beber más y acabar muy mal. De la mala experiencia que pasé no me acuerdo de casi nada, empecé a beber y luego cuando me recuperé, en medio hay un momento en blanco. De volver a casa sí me acuerdo, estaba fatal, me acompañó un amigo que vive cerca. Mis aitas lo notaron, me tragué la bronca y el castigo y ya está. Por lo menos aprendí. Conozco a gente que le ha pasado y le vuelve a pasar y otra vez y otra vez. Dos chicas de coma etílico conozco, dos veces les ha pasado» (Chica, 16).

«Era la primera vez que bebía serio. No es que bebiera mucho, pero me afectó mucho, y no me acuerdo de nada de la noche. Me dicen que fui a un sitio a cantar y no me acuerdo de nada. Solo me acuerdo de que al final vomité y me sentía mucho mejor. Me han dicho, incluso, que me pegaron para despertarme y yo ni enterarme. Ellas estaban preocupadas. Al final lo pasaron mal. Al día siguiente recibí mensajes preguntándome qué tal estaba, y yo flipando. Gente di-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ciéndome que había estado conmigo y yo no tenía ni idea. Un montón de fotos y yo pensaba ¿esto cuándo pasó? No me gustó. Mis amigas fueron las que me acompañaron a casa, sería la 1:30, y como mis padres suelen estar dormidos, pues no se enteraron de nada, y a dormir y ya está» (Chica, 16).

Y los padres que no se enteren, cuidar a quien se ha pasado, protegerle…

«Llevar a casa sí, porque estaba mareado y lo llevas a casa, pero para llevar a urgencias tiene que ser que no te puedes poner en pie. Tiene que estar bastante bastante mal. Cuando no se tiene en pie y cierra los ojos... que no es persona, ni responde ni nada, cabizbajo, así, mal.... Se intenta que no se entere nadie en casa. Que se enteren los padres es lo último. En esos casos (llevarle a casa) van dos con él y fuera» (Chico, 16).

«Sí. Te preocupas porque ves que lo está pasando mal y no sabes cómo va a terminar esto. Al día siguiente le dices que no lo repita, a todas del grupo nos puede pasar alguna vez, pero solo una vez. No hay ninguna de mi grupo que esté siempre mal, estamos contentillas pero bien. Al final si una amiga está mal no te lo pasas bien, estás pendiente de ella y ya está» (Chica, 16).

«Por ejemplo, mi amiga Ane es muy de pillarse esas "trompas" de acabar echando la "pota". Yo, por ejemplo, nunca la dejo sola, pero he visto en Barakaldo una chavala sola en una esquina, fatal, y que sus amigas no estén, pero yo a mis amigas no las dejaría solas. (...) A ver, si vemos que ya no puede hablar, que está más desmayada, con los ojos cerrados, que no se puede levantar... entonces sí que pensamos en llamar a los padres o a la ambulancia, pero si ha vomitado y ya se mueve, ve bien, habla y se le entiende, ahí ya no hacemos nada. Yo solamente he tenido que llamar una vez al padre de una amiga, y nada. Le dije que mi amiga se encontraba mal, que vinieran a buscarla porque estaba mareada y se encontraba mal. Y nada, vinieron a buscarla y se la llevaron. Luego la bronca que tuvieran en casa queda ahí» (Chica, 18).

«Yo siempre ayudo. Si es un amigo tuyo, claro que le vas a ayudar… no le vas a dejar en una esquina tirado…» (Chico, 16).

«De hecho, yo una vez con un amigo, me dijo: voy un poco borracho y no quiero que te montes. Si nos para la policía se nos cae el pelo y si pasa algo no quiero sentirme culpable, así que no te montes. Y yo le decía que daba igual, pero no me dejó montarme porque no quería que me pasase nada. Al final sabes quién se preocupa más por la gente. Yo incluso cuando he cogido el coche para ir de fiestas, las amigas

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

no me dejan beber nada. Al final ves a todo el mundo beber y tú también quieres. Es como me dice mi aita: Si tú te matas dentro de lo que cabe eres tú. Ha sido tu culpa pero de los demás que van en el coche ¿es su culpa porque tú hayas bebido? Al final se te queda eso ahí y dices no. Se han visto tantos casos que prefiero evitar esas situaciones» (Chica, 18).

(En un grupo de discusión de chicas hablando de la hora de vuelta a casa)

«E1. Por ejemplo, mi madre, le da más importancia a saber con quién estoy o dónde estoy que a la hora que llego.

E2. A mi madre, si vuelvo sola o acompañada.

E3. Si vuelves sola se ponen nerviosos.

E4. Yo, a veces, tengo que mentir a mis padres porque no tengo a nadie que viva al lado. Además me muevo en bici y además voy más segura y voy desde aquí. Me pongo la capucha, me pongo una coleta, me subo en la bici y corro.

E1. Yo vuelvo acompañada siempre...» (Cuatro chicas, 16)

«En gente de mi edad, sinceramente, creo que no tienen ningún efecto. Mi madre, siempre que ve algún reportaje o noticia, me viene todo loca "mira, mira, mira esto..." Pero ¡bah! También lo ves en el bus o en algún cartel.... Pero dices: no voy a dejar de beber porque al ayuntamiento le obliguen a poner tres carteles... no creo. Creo que lo más eficaz es que te pase una mala experiencia, o a un amigo tuyo cercano. Si no, no vas a dejar de beber. Además, yo creo que beber no es nada malo. Si lo haces con cierta medida. Si me dices que siempre bebes hasta llegar a un punto malo pues no» (Chica, 16).

Es su propia lectura pero también conjugada con la imagen reflejada en el mundo adulto que reciben, el espejo en el que se proyectan somos nosotros, los adultos de referencia para ellos que procura limitar y frenar sus actuaciones, que elabora un discurso interpretativo de sus consumos y se los devuelve en forma también de estrategias de control y prevención. Resulta llamativo el modo en que ellos interpretan la imagen proyectada.

¿Cómo interpretan ellos y ellas las estrategias preventivas que se ponen en marcha?

En el centro escolar…

«Siempre sirve. Obviamente, el que te den información y el que te hablen de ciertos temas, pues es importante para saber cómo respon-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

der ante ciertas situaciones, pero yo creo que ahora mismo pasa es que en muchos colegios, pues sí se dan, pero una hora, y después el recreo. Y claro, estás más pendiente del recreo que de lo que te están diciendo. Yo he tenido la suerte de que nos la han dado a un grupo de 20 personas, pero si estás en un salón de actos con 80 personas o lo que sea, pues no estás tampoco muy pendiente del tema. Se trata de hacer grupos más reducidos. Yo creo que debería hacerse en grupos de 15 o 20 personas, porque al final estás dando cosas que están muy bien pero las estás dando mal, en el sentido de que igual, en una hora sola das las cosas corriendo. E, igual sería mejor una vez cada tres semanas dar cosas de ese tipo: charlas tipo coloquio o así. Y hablar un poquito más, porque al final es más chapa que otra cosa. Es importante interactuar un poquito. No puedes soltar una chapa, porque el chaval se va a creer que es como si estuviera en clase. Hay que intentar focalizar la enseñanza de otra forma. Intentar cambiar el método. Tú puedes enseñar de una forma y que el alumno lo coja, o puedes hacerlo de otra manera y que piense: ¡menuda chapa me acaban de meter!, y te vas a quedar con la forma en que lo han dicho o con una anécdota. Y que muchas veces es la anécdota de la que te acuerdas y sabes por qué lo dijo, a qué vino y cómo tuviste que actuar en alguna circunstancia. Eso es importante: el método a la hora de enseñar, sobre todo hablando de este tipo de temas» (Chico, 18).

«Información hay, pero hay que saber cómo darla, dónde darla. No es lo mismo darla en donde das clase. Igual es mejor darla en un sitio diferente y que te lo expliquen fuera de las horas de clase. Aunque no es eso lo principal, pero lo importante es la forma de decir las cosas para que el chaval lo entienda de verdad. Puedes hablar de forma que te entienda o de forma que no sabes transmitir y que no le va a llegar a la otra persona. Tienes que intentar que las personas que no sepan te entiendan» (Chico, 18).

«Sí. Sobre drogas. Nos han explicado los efectos, lo que puede suceder, las consecuencias. Pero fue una clase, una hora. Y ni una hora bien usada. O sea, es que tampoco hemos tenido nada de calidad. Encima, cuando se centran, no nos empiezan a hablar del alcohol o de la marihuana sino más se centran en la cocaína o en cosas que son igual en grados más altos. Pero lo que realmente igual importa pues sería el tabaco, la marihuana y el alcohol. A ver, sí que está bien porque yo hay cosas con las que sí me he quedado, pero que tampoco sirven para mucho porque a la gente aunque le digas esto y esto va a seguir haciendo lo que quiere. Está bien informar, pero se queda corto. ¡Jo!, es que yo me acuerdo que fue súper aburrida. En una charla por ejemplo, que tuvimos de sexología, pues era más interesante porque hacíamos juegos, hablamos entre nosotros, pero en lo de drogas pues era una chica que hablaba, y la primera media hora con cosas que sabíamos todos de sobra. Igual se pensaba que sabíamos mucho menos,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cuando ya la mitad de la clase, habíamos probado el alcohol, el tabaco y los porros» (Chica, 16).

«Sí, en el insti. Pero no les doy importancia. La verdad es que no me han enseñado nada nuevo. Sólo una vez que nos enseñaron a tratar a una persona en coma etílico. Y esas, es que son realistas, porque se centran más en el tema de una vez que has bebido, controlar, que en el no beber, porque al final, a día de hoy, la gran mayoría bebe alcohol. En las campañas que ponen vídeos suelen exagerar las consecuencias para que al final la gente se asuste. Yo creo que lo importante es saber que beber alcohol no es malo, que lo malo es pasarse. Hay que saber que hay un punto que no debe pasarse y hay que meter miedo, igual, en ese aspecto, no en el hecho de beber» (Chico, 17).

«Sí, el año pasado vinieron de XXX. Pero no me pareció una charla adecuada, porque ellos eran alcohólicos, y nosotros no somos alcohólicos. Alcohólico eres desde la primera vez que bebes y ya necesitas. Nosotros bebemos para divertirnos, no porque lo necesitamos. Yo prefiero que me venga una persona de 25-30 años que haya bebido como nosotros y nos explique los riesgos que hay, y no un alcohólico que de los 100 escuchantes puedan salir 3. No me siento identificada. Al final lo que pienso es que no soy alcohólica y sigo bebiendo exactamente lo mismo. No creo que nadie de nosotros se sienta identificado con un alcohólico. A ver, si me dices que no beba al salir, pues me parece más aburrido, pero no es como ellos, que no pueden. O como las personas con el tabaco. No creo que nosotros acabemos así. Es que el que nos contó, nos dijo que sabía que lo era desde la primera cerveza que bebió, que ya necesitaba más. Y así no creo que nadie se sienta identificado. Lo veo tan lejano...» (Chica, 16).

Estrategias comunitarias…

«Sí, por ejemplo en las últimas fiestas en que estuve en un pueblo, había que te hacían un test de alcoholemia y te daban un condón. De eso suele haber bastante. Y sí, me parece acertado, porque hay mucha gente que sabiendo que le pueden multar si no está en condiciones de conducir, pues... espero que la gente se anime a no conducir» (Chica, 16).

Campañas...

«Hay algunas que están muy bien. Recuerdo uno del verano que te decían que al coger el coche hay mucha gente que te está esperando, y buscan persuadirte. Yo creo que, por lo menos, te ayudan a concienciarte. Otra cosa es lo que se haga en la práctica» (Chica, 16).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

«Recuerdo uno de Estopa y otro de Neng… pero no me siento identificado porque mi padre no conduce borracho. Pero me acuerdo que de pequeño, cuando veía ese anuncio, le decía a mi padre: no bebas al conducir, y se reía. Los anuncios se los curran, y atraen al receptor» (Chico, 17).

«En gente de mi edad, sinceramente, creo que no tienen ningún efecto. Mi madre, siempre que ve algún reportaje o noticia, me viene todo loca "mira, mira, mira esto..." Pero ¡bah! También lo ves en el bus o en algún cartel.... Pero dices: no voy a dejar de beber porque al ayuntamiento le obliguen a poner tres carteles... no creo. Creo que lo más eficaz es que te pase una mala experiencia, o a un amigo tuyo cercano. Si no, no vas a dejar de beber. Además, yo creo que beber no es nada malo. Si lo haces con cierta medida. Si me dices que siempre bebes hasta llegar a un punto malo pues no» (Chica, 16).

«Creo que la gente las ve y piensa «vale muy bien, no hay que beber, es malo» pero al final no haces ni caso. Te compensa beber de vez en cuando. Aunque estar siempre bebiendo no» (Chica, 16).

«Material e información no nos falta, pero no se debería disminuir la cantidad de información, aunque la mayoría de la gente hace las cosas sabiendo» (Chica, 16).

«Yo creo que ahora mismo la información se quiere dar rápido y mal. Yo creo que antes no había información y ahora hay en exceso, de cualquier cosa y...» (Chico, 18).

«Sí, sí, hemos recibido muchísima información en el instituto, pero eso ya... las personas; la responsabilidad de cada persona, cuánta importancia le das a las cosas. Siempre nos han dicho que el alcohol es malo, que la droga es mala, que fumar mata, pero claro, si tú sabes que la cocaína es mala y aún así te la vas a meter, pues queda en tu mano. Si quieres asumir riesgos, eso ya queda dentro de cada persona» (Chica, 18).

Esta es la palabra de ellos y ellas. Sus reflexiones y sugerencias de actuación. Conscientes de que el manejo de la información y el conocimiento por sí solas resultan inefectivas, porque la mera información no es suficiente para modificar la conducta y sin embargo sí resultan efectivas y útiles las que, efectivamente, valoran en nuestra muestra, es decir, la que además de la impartición de conocimientos es sólo parte de un enfoque más amplio que incluye el entrenamiento en habilidades. En ningún caso la falta de información incide en el consumo. De hecho, todos y todas reconocen que disponen de ella, incluso manifiestan que cuentan con demasiada información, pero que no es esa la base de la prevención ni el medio para evitar que se siga consumiendo. Distinguen perfectamente entre lo que saben, y lo que piensan y ha-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cen, incluso siendo postulados absolutamente contradictorios. Admiten que el alcohol está muy presente, que beben y que seguirán bebiendo, pero que la manera de llegar a prevenir las consecuencias negativas que conlleva el uso abusivo de alcohol requiere pasar por un ciclo vital al final del cual se desarrolla un consumo responsable.

Bibliografía

Berger y Luckman (1997). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires: Amorrortu.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human Beings Human: Bioecological perpectives on human development.* Thoussand Oaks: Sage.

Elzo, J. y Laespada, T. (eds.) (2012). *Drogas y Escuela VIII.* Bilbao: Universidad de Deusto.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, Th., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2011). *The ESPAD report. Subsance use among students in 36 european countries.* The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN).

PNSD (2012). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2012.* PNSD en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf

Pons, J. y Buelga, S. (2011). «Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica». *Psychosocial Intervention,* vol. 20, n.º 1, pp. 75-94.

WHO (2014a): *Global status report on alcohol and health.* WHO. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1

WHO (2014b). *Global status report on violence prevention.* WHO. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 1

Reflexiones en torno al consumo de alcohol en adolescentes[1]

G. Musitu, C. Suárez y G. del Moral

Introducción

El consumo de alcohol en la adolescencia es un grave problema de salud pública por los graves perjuicios que provoca, tanto sociales como para la salud del propio adolescente (Isorna y Saavedra, 2012; Komro, Tobler y Maldonado, 2010; Mota, Álvarez, Corral, Rodríguez, Parada, Crego *et al.*, 2010). En este sentido, la información ofrecida por las principales encuestas nacionales respecto al patrón de consumo de los adolescentes españoles pone de manifiesto la existencia de este serio problema en España. El consumo de alcohol en adolescentes es actualmente un problema social y de salud pública en nuestro país que ni podemos ni sabemos resolver.

En los últimos años, se han diseñado y llevado a cabo diversas estrategias preventivas. Gran parte de ellas, se han fundamentado en informar a los adolescentes acerca de los riesgos asociados a la bebida mediante programas educativos desarrollados en los centros escolares y campañas en los medios de comunicación (Suárez *et al.*, 2014). Gra-

[1] Este trabajo ha sido elaborado en el marco del Proyecto de Investigación PSI2012-33464 «La violencia escolar, de pareja y filio-parental en la adolescencia desde la perspectiva ecológica», subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cias a ello, los jóvenes disponen, cada vez más, de información sobre las consecuencias negativas para la salud del abuso del alcohol (Moral y Ovejero, 2011; Pons y Buelga, 2011). De hecho, una amplia mayoría de los estudiantes (77,2 %) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados (DGPNSD, 2011). Sin embargo, como muestran los estudios, en los últimos años lo que más ha aumentado es la tendencia a beber de forma intensiva entre aquellos que consumen (Espejo, Cortés, Martín del Río, Giménez y Gómez 2012; Lázaro, Campo, Carpintero y Soriano, 2009; Mota *et al.*, 2010; Pérez, Redondo, Mesa, Jiménez, Martínez y Pérez, 2010; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010). Ante esta realidad, surge una pregunta obvia y fundamental que permanece latente en todo acercamiento al consumo juvenil de alcohol: ¿Por qué muchos adolescentes consumen alcohol de manera abusiva, pese a conocer las consecuencias negativas de este comportamiento? Una primera respuesta puede encontrarse en el siguiente hecho: lo realmente relevante no es tanto lo que el adolescente «sabe» sobre el alcohol, sino cómo «piensa» sobre el alcohol, sobre sus efectos psicoactivos, sobre su significado social, sobre sus posibles consecuencias para la salud y sobre su relación con las anteriores variables. Esta respuesta inicial a la cuestión, avalada por datos empíricos con muestras de adolescentes españoles, lleva a considerar el papel que tienen las expectativas respecto de las bebidas alcohólicas como antecedente de la conducta de consumo, y que se van a tratar en el siguiente apartado.

1. **¿Qué esperan?**

En el contexto evolutivo y social de la adolescencia se van a cristalizar unas expectativas hacia el alcohol que, obviamente, actuarán como predisponentes próximos de la conducta de consumo. Las expectativas hacia las bebidas alcohólicas son creencias respecto de los efectos que estas tienen en el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones de quien las consume (Pilatti, Cassola, Godoy y Brussino, 2005). La percepción de una asociación causal entre un comportamiento y ciertos resultados, conduce a una predisposición en forma de expectativas del tipo, «si…, entonces…». Estas asociaciones influyen, en su momento, en la disposición hacia una conducta específica, en este caso, consumir alcohol. Como apuntan Goldman y Darkes (2004), las expectativas positivas hacia el alcohol incluyen expectativas «de activación» y «de sedación». Las primeras se refieren a la dimensión desinhibidora y facilitadora, fundamentalmente social, de las bebidas alcohólicas, mientras que las segundas

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

hacen referencia a la capacidad ansiolítica de estas. La motivación para consumir alcohol estará guiada, en consecuencia, por la creencia acerca de las gratificaciones que se derivan de sus efectos psicoactivos y de su significado social (Ardila y Herrán, 2008; Mackintosh, Earleywine y Dunn, 2006). En conclusión, al ingerir una bebida alcohólica se espera (y se busca) obtener gratificaciones más valoradas, más verificables a corto plazo y más probables que los posibles riesgos que entrañe tal conducta.

En diversos trabajos de investigación se ha comprobado que las expectativas positivas están ya presentes en los niños, antes incluso de que tengan su primera experiencia directa de consumo de alcohol con el grupo, y que tales expectativas se van incrementando con la edad hasta llegar a la adolescencia (Dunn y Goldman, 2000; Hipwell, White, Loeber, Stouthamer-Loeber, Chung y Sembower, 2005). A este respecto, Hampson, Andrews, Barckley y Severson (2006) comprobaron que conforme los niños crecen, van desarrollando imágenes más positivas del joven bebedor, creencias, por ejemplo, acerca de que es normal beber en la adolescencia y, consecuentemente, intenciones conductuales de beber al llegar a esa edad.

Ya en el período adolescente, las expectativas positivas hacia el alcohol predicen su consumo, hasta tal punto que los adolescentes con mayor probabilidad de consumo abusivo son, claramente, los que atribuyen más efectos positivos al alcohol (Pons y Berjano, 1999; Randolph, Gerend y Miller, 2006; Zamboaga, 2005). No hay que olvidar que las expectativas de gratificación en los adolescentes ya consumidores están fortalecidas por su propia experiencia de consumo, considerando, obviamente, las gratificaciones psicológicas y relacionales que de él se derivan (Allen, 2003). En todo caso, la presencia desde la infancia de ciertas expectativas remite a factores de procedencia supraindividual en su creación. Es decir, el origen de esas expectativas habrá que buscarlo en causas sociales de mayor profundidad. Si bien las expectativas positivas actúan como predisponentes próximas de la conducta de consumo, estas, por sí mismas, no son suficientes para entender la complejidad de tal conducta. La consideración de factores supraindividuales permitirá una visión más exhaustiva de la conducta de consumo y una comprensión más clara y rigurosa. Será necesario partir de una posición teórica que permita contemplar todo el contexto socioecológico en que se socializa el sujeto, los grupos de los que forma parte y su influencia en las creencias, valores y actitudes que intervienen en sus conductas (Herrero, 2004; Musitu, 1998). En este sentido, la perspectiva socioecológica y, en concreto, el *modelo ecológico del desarrollo* (Bronfenbrenner, 1979) se presenta como la propuesta teórica más útil para analizar, comprender y prevenir el consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

El punto de partida del *modelo ecológico del desarrollo* se halla en la idea de que las actuaciones humanas dependen, en gran medida, de contextos más amplios. La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive; este proceso de acomodación no solo se ve influido por las relaciones entre la persona y sus entornos, sino también por las relaciones que se establecen entre esos entornos entre sí y por los contextos más amplios en los que están integrados (Bronfenbrenner, 1979). Desde esta perspectiva, la salud no se puede definir desde el individuo sino haciendo referencia a su entorno total (físico, social, económico, cultural, político, etc.). La salud no es un atributo solo del individuo, sino de su interacción con el denso campo de relaciones en que ocurre su conducta (Cantera, 2004). Así, el estilo de vida saludable de una persona estará definido por una serie de factores interrelacionados entre sí, tales como: características individuales, características del entorno microsocial (familia, amigos, trabajo, comunidad, etc.) y factores macrosociales (sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación, etc.).

La explicación socioecológica reinterpreta el problema del consumo de sustancias al considerarlo como fenómeno integral y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos en un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco definido por las interacciones de los anteriores contextos. No obstante, la explicación socioecológica no debería entenderse como una especie de «cajón de sastre» en el que cabe todo aquello que tiene diferente ubicación en otros modelos interpretativos. La teoría socioecológica tiene sentido por sí misma, por cuanto contempla al consumidor y a todos los factores no de forma aislada, sino integrados dentro de una estructura ambiental más amplia que es, precisamente, la que les otorga sentido, y de la cual, a su vez, son creadores.

Lo anterior, sugiere la actuación de factores de riesgo, entendidos como variables predisponentes, y de factores de protección, entendidos como variables reductoras de la predisposición[2] (Buelga, Ravenna, Musitu y Lila, 2006). Los factores de riesgo y de protección no pueden ser entendidos en términos de causalidad necesaria, sino de probabilidad. Cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor será la proba-

[2] Debe matizarse que no toda variable que disminuya la predisposición al consumo se considerará como factor de protección.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

bilidad de consumo abusivo; además, cuanto más dure la exposición a estos, más se incrementará esa probabilidad (Secades, García-Rodríguez y Fernández-Hermida, 2006). Desde la perspectiva socioecológica estos factores se amplían desde lo individual a lo microsocial y macrosocial. Los factores de riesgo y de protección no solo hay que buscarlos en la persona sino, también y sobre todo, en sus entornos. Es necesario buscar los condicionantes de la conducta en los diferentes ámbitos que la dimensionan: el psicológico, el relacional y el sociocultural. Además, la incidencia de cada factor no se contempla aisladamente, sino de manera interrelacionada, formando constelaciones de fuerzas que repercuten de manera conjunta e interrelacionada en la conducta de un individuo (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002; Pérez de Arróspide, 1998). Así, la investigación delimita factores que, a su vez, aluden a una regularidad de aparición con otro de su misma especie, por ejemplo, las expectativas de recompensa que aumentan la probabilidad de iniciar el consumo de alcohol pueden construirse a partir de las experiencias socializadoras del individuo en su familia y de los significados integrados en los medios de comunicación; de este modo, la conducta final puede explicarse no solo por factores de la persona, sino también por factores sociales condicionantes de lo individual.

Teniendo en cuenta la información y la perspectiva teórica planteada hasta ahora, en el presente trabajo se pretende exponer una explicación comprensiva acerca del consumo de alcohol entre los adolescentes, que tenga utilidad no solo en la teoría, sino también en la praxis preventiva. Para ello, en los siguientes apartados se plantearán y discutirán los principales factores que la literatura científica ha vinculado con el citado consumo, en referencia a tres ámbitos fundamentales en los que estos se verifican: la persona, el contexto familiar y el contexto sociocultural. También, se analizará específicamente el papel que desempeñan los factores procedentes del nivel micro y macrosocial en la prevención del consumo. Finalmente, se dedicará el último apartado de este capítulo al análisis de la eficacia de las políticas institucionales de prevención, ya que, a la hora de discutir posibles soluciones al problema del consumo de alcohol en adolescentes, es importante analizar el papel que están desempeñando las políticas o estrategias en materia de prevención que son desarrolladas en el nivel macrosocial por los poderes públicos.

2. **¿Cómo se explica?**

Anteriormente en este capítulo se ha planteado y discutido el papel de las expectativas hacia el alcohol como variable predisponente del

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

consumo entre los adolescentes. La cuestión, no del todo cerrada, es por qué, cómo y cuándo esas expectativas de recompensa pesarán más que el conocimiento objetivo de los efectos negativos del consumo. Comúnmente, ha sido tópico de debate en la literatura sobre prevención e intervención social si la información disponible acerca del riesgo tiene o no un efecto disuasorio significativo (Gil-Lacruz, 2007; Giró, 2007). La línea de controversia se mueve en torno a si el conocimiento objetivo de qué conductas pueden perjudicar a la salud disuadirá de realizarlas o si, por el contrario, tales conductas pueden llevarse a cabo aun siendo el individuo conocedor de sus riesgos. Así, pueden encontrarse estudios en la investigación existente que señalan que el aumento en la información sobre los riesgos del alcohol disminuye la probabilidad de beber, pero también muchos otros que constatan aumentos en el consumo relacionados con el mayor manejo de este tipo de información. (Anderson y Baunberg, 2006; Goldberg, Halpern-Felsher y Millstein, 2002; Suárez, Del Moral, Musitu y Villarreal, 2013).

En resumen, revisando la literatura, la conclusión que puede extraerse respecto a este debate es que proporcionar información objetiva a los jóvenes sobre los peligros del alcohol es importante, pero no es condición suficiente para reducir la probabilidad de su consumo abusivo. En las siguientes líneas se profundizará en dicho debate para tratar de explicar, a partir de la investigación existente, por qué los adolescentes consumen alcohol a pesar de conocer sus riesgos. La idea es analizar y discutir aquellos factores individuales y provenientes del entorno micro y macrosocial del adolescente vinculados al consumo de alcohol, para arrojar algo de luz sobre la cuestión planteada.

2.1. *¿En qué términos piensa el adolescente?*

2.1.1. Percepción de invulnerabilidad

En primer lugar, es importante señalar que una característica propia de la lógica del pensamiento adolescente es la ilusión de invulnerabilidad (Mietzel, 2005). Un tipo de percepción de la realidad, una especie de «creencia optimista» consistente en minusvalorar la probabilidad de ocurrencia en uno mismo de las consecuencias negativas de determinada conducta, a pesar de conocer la relación entre tal conducta y tales consecuencias (Gmel, Labhart, Fallu y Kuntsche, 2012; Hill y Lapsley, 2010; Mietzel, 2005). Según diferentes trabajos, este sería uno de los factores que explicarían por qué los adolescentes, aún poseyendo información suficiente sobre los efectos negativos derivados de la experimentación, inciden en su consumo (Coleman y Cater, 2005; De la Vi-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

lla, Moral, Rodríguez, Ovejero y Sirvent, 2010; Isorna y Saavedra, 2012; Pons y Buelga, 2011).

Es cierto que existen razones positivas asociadas a la percepción de invulnerabilidad, entre ellas, impulsar al adolescente a realizar comportamientos que le ayudan a adaptarse a los cambios propios de la transición hacia la adultez (por ejemplo, adquirir autonomía, habilidades sociales que facilitarán sus relaciones e integración fuera del ámbito familiar, etc.) (Hill y Lapsley, 2010). Pero, por otro lado, esta cognición genera que el adolescente sea más susceptible de desarrollar no solo conductas funcionalmente adaptativas, sino también conductas de riesgo. En este sentido, el hecho de verse a sí mismos como inmunes a las consecuencias negativas del consumo de alcohol, que solo pueden ocurrirles a otros, es uno de los factores que influyen en que muchos adolescentes afirmen en las encuestas recientes que beber alcohol entraña un riesgo escaso y, por tanto, tengan muchas probabilidades de sufrir las consecuencias negativas a las que creen que no están expuestos (DGPNSD, 2011; Megías, Elzo, Rodríguez, Megías y Navarro, 2006).

Como se decía, gran parte de los adolescentes españoles muestra una baja percepción acerca del riesgo que implica el inicio temprano en la bebida y su ingesta abusiva e intensiva, un factor que favorece el desarrollo y persistencia en un patrón de consumo que, en consecuencia, estiman poco o nada peligroso (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Moral, Rodríguez, Ovejero y Sirvent, 2009; Moral y Ovejero, 2011; Ruíz-Juan y Ruíz-Risueño, 2011; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010). Según las encuestas, más de la mitad de los adolescentes españoles considera que no existe un gran riesgo vinculado a la ingesta de 5 o 6 copas todos los fines de semana, o que no hay riesgo alguno en el consumo de forma ocasional (en algún fin de semana) (DGPNSD, 2011). Además, si se consultan los datos sobre percepción de riesgo para las distintas sustancias consumidas por la población adolescente, se comprueba que los menores niveles corresponden a las conductas relacionadas con el consumo de alcohol (tanto diario como de fin de semana), siendo la sustancia psicoactiva con mayores prevalencias de consumo en ambos sexos y para todas las edades consideradas (DGPNSD, 2013).

La percepción de vulnerabilidad es uno de los factores necesarios para que una persona esté motivada a realizar conductas de cuidado de su salud, sean estas terapéuticas o preventivas (Gil-Lacruz, 2007). Si una persona no percibe que pueda perjudicar su salud o su integridad por la realización de ciertas conductas, será muy poco probable que se encuentre motivada a evitarlas. Por tanto, si no se percibe vulnerabilidad, el llamamiento al miedo no tendrá el efecto pretendido. Y, obvia-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

mente, dicha percepción no depende directamente de un incremento de la intensidad o la insistencia del mensaje disuasorio. El cambio actitudinal que se instala en los llamamientos al miedo es menos probable que suceda cuando el receptor se habitúa a la información aversiva o cuando se percibe el mensaje aversivo como excesivamente intenso o poco creíble (Moya, 1999). Por ejemplo, en un reciente estudio realizado por Suárez *et al.* (2014), los resultados mostraban que adolescentes y profesionales/expertos en alcohol coincidían acerca de la ineficacia de las campañas informativas que se exhiben en los medios de comunicación que, precisamente, estaría provocada por «una tendencia al dramatismo en los mensajes que les otorga una apariencia irreal». En este sentido, un joven universitario entrevistado afirmaba lo siguiente: «Ves los anuncios de la tele «en plan» *joven* + *alcohol* = *Muerte*. Es mentira, no son realistas. Yo no conozco a nadie a mi alrededor que haya muerto por beber».

2.1.2. Presentismo vitalista

El carácter irreal o dramático que acompaña a la información objetiva que se transmite a los adolescentes dificulta sin duda la asimilación del mensaje por parte de estos, pero no es la única explicación. Se debe tener en cuenta, además, que el discurso preventivo sobre los perjuicios del alcohol está centrado principalmente en contenidos sanitarios y en los posibles daños a medio-largo plazo. En este sentido, es importante destacar que dicho discurso confronta con la visión inmediata y presentista de la vida del adolescente. La forma de pensar y de estar en el mundo del adolescente está caracterizada por el *presentismo vitalista* (Megías *et al.*, 2006), una orientación vital que le guía hacia la satisfacción inmediata de sus necesidades y limita su capacidad de percibir consecuencias a largo plazo (Suárez *et al.* 2013). Esta orientación presentista en el adolescente es un factor relevante que es necesario considerar a la hora de analizar su conducta de consumo de alcohol. En este sentido, y siguiendo a Suárez *et al.* (2014), quizás para favorecer el desarrollo de una mayor percepción del riesgo en los adolescentes sería necesario incidir con mayor fuerza en los riesgos a corto plazo del alcohol. En otros términos, la orientación presentista del adolescente hace pensar que el discurso con mayor poder de influencia preventiva en su conducta probablemente sea aquel centrado en las consecuencias inmediatas y cercanas a su realidad actual (Suárez *et al.*, 2014). Por otro lado, es bien sabido que el consumo de alcohol provoca serios daños a corto plazo para el propio adolescente que no deben ser minusvalorados frente a los riesgos a largo plazo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

(embarazos no deseados, accidentes de tráfico, conductas sexuales de riesgo, etc.).

Continuando con el debate, junto a la percepción de invulnerabilidad, la orientación presentista en el adolescente explicaría parcialmente por qué los adolescentes consumen alcohol a pesar de poseer el conocimiento objetivo de los efectos negativos de la bebida. Pero es importante señalar que, como defienden Megías *et al.*, (2006), no debe caerse en el error de clasificar a los adolescentes solo como unos simples hedonistas inconscientes, guiados por un *presentismo vitalista* que les lleva a buscar el placer de forma inmediata, intensa y rápida sin pensar en las consecuencias. De hecho, si se pregunta a los jóvenes por los motivos que les llevan a reunirse en grupos en espacios públicos rodeados de «lotes» de alcohol, solo un pequeño porcentaje indicará como motivo principal buscar la borrachera, no por una cuestión de deseabilidad social en la respuesta, sino porque realmente existen causas de origen psicológico y social más profundas que la búsqueda de la experiencia psicoactiva personal (Musitu y Pons, 2010). Los jóvenes esgrimen numerosas razones positivas y resultados beneficiosos para consumir alcohol, entre las que destacan evadirse de los problemas (Williams, Egginton y Parker, 2002), evitar el rechazo social e integrarse en el grupo de iguales (Conde, 1999; Rodríguez y Megías, 2002, 2007), aserción de madurez (Altarriba, 2008) e incrementar su confianza en situaciones sociales, con lo que se mejora en el nivel de popularidad, la capacidad de influencia y el respeto entre el grupo de iguales (Coleman y Cater, 2005).

En otros términos, los motivos que llevan a beber alcohol a los adolescentes no responden simplemente a una actitud «hedonista». Ni tampoco esta orientación presentista es algo natural, indisociable de la etapa del desarrollo vital en la que se encuentran. Según la literatura, sería fundamentalmente el resultado de dos factores generados desde el nivel macrosocial: el sistema de valores que manejan los jóvenes y la frustración que viven ante la falta de un perspectiva clara de futuro y un entorno desmotivante (Coskupinar y Cyders, 2012; Megías *et al.*, 2006; Suárez *et al.*, 2013).

El primer factor se fundamenta en los propios valores con los que ha funcionado la sociedad en las dos últimas décadas y que, entre otras consecuencias, ha provocado que el adolescente tenga el fin de semana como horizonte más lejano en su planificación vital. En muchos casos, los jóvenes interiorizan una actitud hacia el binomio estudio-trabajo/ocio-descanso, entendiendo el quehacer semanal como algo impuesto, penoso e insufrible, mientras que el fin de semana se percibe como una especie de renovado y esperado *carpe diem*, ofreciéndo-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

les diversión y libertad a corto plazo, convirtiéndose en el principal objetivo que marca sus «compartimentadas» vidas (Megías *et al.*, 2006).

En segundo lugar, el *presentismo vitalista* (Megías *et al.*, 2006) en los adolescentes, guarda relación con la carencia de horizontes. Al margen de los conflictos surgidos a nivel microsocial en el entorno familiar o la escuela, lo cierto es que la falta de expectativas que perciben los jóvenes acerca de su futuro, también se encuentra en el origen y desarrollo de esta sobrevaloración de lo inmediato. Las desigualdades vivenciales y de oportunidades que están experimentando muchos adolescentes en la sociedad de nuestro tiempo, provocan un tipo de reacción que les lleva a refugiarse en proyectos vitales centrados en lo cercano e inmediato, encontrando en las conductas de riesgo, y particularmente en el consumo de alcohol, la forma de escapar de los problemas actuales y de un futuro incierto, y disfrutar el presente (Gmel *et al.*, 2012; Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell y Conrod, 2007; Palacios, 2012). Podría decirse que el adolescente, incapaz en muchas ocasiones de desarrollar mejores estrategias de afrontamiento, encuentra en los estados de embriaguez una solución rápida que, al menos durante unas pocas horas, le aleja de la incertidumbre y los conflictos, y actúa como el naufrago que tras algún tiempo a la deriva, ante la desesperación provocada por la sed, decide tomar un trago de agua salada sin percibir o controlar las posibles consecuencias a no muy largo plazo.

2.2. *El contexto familiar*

Los diferentes estudios que han analizado en los últimos años la influencia de los agentes de socialización en el desarrollo del adolescente, han confirmado el papel fundamental que, en el nivel microsocial, desempeña la familia en la relación del joven con el alcohol (Espada *et al.*, 2008; Scull, Kupersmidt, Parker, Elmore y Benson, 2010). En otros términos, los factores familiares pueden actuar como protección o riesgo frente al consumo. Pueden servir de protección al limitar y, en ocasiones, bloquear el efecto de los factores de riesgo procedentes de otros entornos, como la presión del grupo de iguales o los modelos mediáticos. Los padres actúan como educadores, modelos y supervisores de la conducta de sus hijos, haciéndoles menos vulnerables ante las posibles amenazas del entorno (Wray-Lake, Crouter y McHale, 2010). Por ejemplo, la comunicación, el afecto y el control parentales son variables particularmente importantes para promocionar una forma de autonomía en los hijos cimentada en la capacidad de adapta-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ción a las relaciones y a la vida social y, en consecuencia, para prevenir conductas de riesgo como el consumo de sustancias (Elzo, 2002; Lila y Gracia, 2005).

Sin embargo, los estilos de socialización parentales también se pueden constituir en una variable con un peso, muchas veces decisivo, en la implicación de los hijos en conductas de riesgo, tales como el consumo abusivo de alcohol. La percepción de ausencia de afecto, de aceptación y de apoyo representa un factor crítico que favorece el consumo de alcohol cuando el hijo es adolescente (Buelga y Musitu, 2006; Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Las estrategias parentales reprobadoras, escasamente afectivas y poco respetuosas con el hijo aparecen más frecuentemente entre los adolescentes que consumen alcohol de manera abusiva; pero también el estilo educativo permisivo, caracterizado por la reducción significativa del control parental, actúa como factor de riesgo (Martínez-Álvarez, Fuertes, Ramos y Hernández-Martín, 2003). El sentimiento de insatisfacción respecto al sistema familiar y la frustración sentida por el tipo de regulación que imponen los padres, se encuentra asociado a una mayor probabilidad tanto de inicio en el consumo alcohólico, al principio de la adolescencia (Pons y Berjano, 1996), como de consumo abusivo a lo largo de todo este período (Pons y Berjano, 1999). En términos generales, estos patrones educativos parentales son más probables de encontrar en los adolescentes que muestran baja autoestima y alta necesidad de afirmación personal (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001), rasgos que se hallan asociados a una mayor probabilidad de consumo abusivo.

Además del estilo parental de socialización, la calidad de la comunicación que se establece dentro del sistema familiar, se ha considerado por los investigadores como muy relevante, al constatar las regularidades que muestra con el consumo de alcohol y otras sustancias. Así, como señalan Martínez-Álvarez *et al.*, (2003), la cohesión familiar y la consistencia entre los padres en cuanto a puntos de vista sobre la educación de los hijos actúan como factores de protección, ya que estas circunstancias promueven en los hijos la autoestima y la emancipación de criterios y, por tanto, reducen la vulnerabilidad a la presión grupal. Del mismo modo, la calidad de las relaciones paterno-filiales constituye otro factor de protección: una comunicación abierta y positiva, en la cual prevalezcan los vínculos emocionales, disminuye la probabilidad de consumo de alcohol y drogas en los hijos (Buelga y Pons, 2004; Cava, Musitu y Murgui, 2008; Kumpfer *et al.*, 2003). Los adolescentes consumidores abusivos de alcohol perciben a su familia como un contexto conflictivo en el que existe poca comunicación, en mayor medida que los abstemios o los consumidores no abusivos.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

El modelado parental de consumo es, igualmente, otro factor familiar que tiene influencia en el consumo de alcohol entre los adolescentes. Así, puede afirmarse que existe una mayor probabilidad de consumo abusivo en estos conforme aumenta la frecuencia de consumo alcohólico en sus padres (Buelga y Pons, 2004; Buelga *et al.*, 2006; Fromme y Ruela, 1994). Y es importante destacar, además, la relación que se establece entre el consumo en el hogar y la percepción de riesgo en los adolescentes respecto a los perjuicios de la bebida: los adolescentes cuyos padres son consumidores habituales de alcohol muestran una menor percepción del riesgo que aquellos cuyos padres no consumen (Espada *et al.*, 2008; Zucker, Donovan, Masten, Mattson y Moss, 2009). En este sentido, es importante señalar que entre el 80 % y el 90 % de los adolescentes manifiesta que el consumo de bebidas alcohólicas es algo habitual entre sus progenitores, por lo que podría pensarse que la percepción de riesgo en muchos adolescentes españoles está sesgada desde temprana edad, entre otros factores, por el modelo de consumo que ofrecen sus padres. Aún así, debe tenerse en cuenta que los hábitos y actitudes de los padres son especialmente significativos para el adolescente, sobre todo al iniciarse en el consumo, momento en el que la influencia de los iguales es alta pero menor de lo que se asume (McMorris, Catalano, Kim, Toumbourou y Hemphill, 2011; Poelen, Scholte, Willemsen, Boomsma y Engels, 2007). El impacto de los hábitos de consumo de los familiares (en especial los padres o tutores) en la percepción del adolescente no es consistente a lo largo del tiempo y su efecto varía en función de, entre otras variables, el momento evolutivo concreto en el que este se encuentre (Brown, 2008). Mientras que el estilo de consumo de los padres se identifica como una de las principales influencias en la conceptualización que realiza el adolescente del alcohol en los inicios en el consumo en la adolescencia temprana, el consumo en los iguales supone la influencia más importante a lo largo del resto de etapas de la adolescencia (Guttman, Eccles, Peck y Malanchuk, 2011; Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008; Ruíz-Juan y Ruíz-Risueño, 2011).

En general, el consumo de alcohol en los padres predispone en los hijos a una actitud favorable hacia esta conducta, incluso cuando los padres emiten mensajes verbales explícitos advirtiendo de los daños asociados a su uso (Varlinskaya, Spear y Spear, 2001). Quiere esto decir que, ante la contradicción entre la conducta de los padres y sus verbalizaciones explícitas, el modelado de comportamientos parentales tendrá un mayor efecto sobre la conducta de los hijos que las palabras. En otros términos, en un periodo de socialización respecto al significado y uso del alcohol, los adolescentes pueden encontrarse ante un modelo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

que se contradice entre lo que dice y lo que hace. Ante esta situación de disonancia entre el discurso familiar y la conducta desarrollada en el hogar, el adolescente termina guiándose por lo que observa, independientemente de la información que trasmiten verbalmente sus progenitores advirtiendo del perjuicio que la bebida puede ocasionarle (Suárez *et al.*, 2013). Además, un modelado parental de consumo de alcohol y un mensaje verbal rechazando su consumo representa para el hijo una situación paradójica, que pudiera generar en el adolescente una categorización del consumo dentro del estatus de adulto, convirtiéndolo de este modo en más atrayente (Musitu y Pons, 2010). Desde luego, el modelado ejerce su influencia no de manera mecánica, sino de manera mediatizada por las interpretaciones que el receptor haga respecto de la conducta y del modelo, así como por los significados sociales que tenga esa conducta.

En definitiva, el modelado de los padres es un factor importantísimo para entender el comportamiento de los niños y adolescentes, y ayuda a explicar, al menos en parte, la mayor o menor capacidad de influencia que tiene la información objetiva que manejan los jóvenes sobre los daños del consumo de alcohol (Bandura, 1999; Musitu *et al.*, 2001). Si un adolescente ha vivido durante 13 o 14 años en un medio en el que observa como «normal» el consumo social de determinadas sustancias, entenderá como adecuado que él mismo pueda hacer esto cuando lleve a cabo su propia conducta en su vida social autónoma próxima a estrenarse, a pesar de la información objetiva de la que disponga llegado el momento.

Por otro lado, es cierto que el consumo juvenil de alcohol está vinculado a los momentos de ocio con el grupo de iguales durante los fines de semana e, incluso, los consumidores abusivos no suelen beber entre semana o con su familia (Laespada y Elzo, 2007a). Este dato, sin embargo, no resta importancia a los factores de origen familiar comentados, puesto que los adolescentes expresan en su grupo las pautas de conducta y pensamiento que han venido adquiriendo durante la socialización. Sus rasgos de personalidad, expectativas sociales o prioridades de valor se ponen en práctica durante la adolescencia, pero ya venían orientadas por la socialización familiar lo cual, desde una perspectiva socioecológica, ejemplifica un tipo de incidencia mesosistémica, como es la interacción peculiar entre dos microsistemas de influencia, la familia y el grupo de iguales.

En todo caso, no hay que pensar que un adolescente educado en familias con buenas prácticas de protección se convertirá en inmune ante los ofrecimientos del consumo de alcohol y sus efectos. No puede afirmarse esto, de ninguna manera. Es necesario recordar que todo fac-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

tor de riesgo o de protección actúa conjuntamente con otros factores y tal actuación es solo ponderable en términos de probabilidad. Si bien los factores familiares de protección reducen la probabilidad de consumo abusivo en el adolescente expuesto a ellos, existen otros factores de índole sociocultural a los que se hallan expuestos todos por ser miembros de la misma sociedad. Aún así, a la hora de prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes es importante recordar el papel decisivo que desempeña, por ejemplo, el modelado familiar. No se tratará de que los padres anulen su consumo de bebidas alcohólicas, sino de ofrecer un modelado de consumo controlado y razonablemente prudente (si es que fueran consumidores). Esto es especialmente importante, ya que los adolescentes que beben de manera abusiva no han alcanzado un aprendizaje de la ingesta moderada de esta sustancia, puesto que su consumo ocurre, fundamentalmente, con el grupo de iguales y no con la familia (Budd, Eiser, Morgan y Gammage, 1985).

La institucionalización del uso social de las bebidas alcohólicas se imprime también en las actitudes del adolescente. Las actitudes hacia el alcohol están reflejando lo que el joven ha aprendido a través de su socialización, a través de unos usos y costumbres sociales y familiares, y a través de la publicidad y otros mensajes contenidos en los medios de comunicación. Las expectativas de gratificación previas al inicio del consumo son consecuencia de una enculturación complaciente con el consumo de alcohol. En este sentido, la prescripción preventiva no consistiría en intentar modificar las actitudes de los adolescentes incluidos en grupos de riesgo, sino en fomentar, desde la infancia, actitudes y opiniones razonadamente críticas ante la presencia de las bebidas alcohólicas en la vida social, ante la manipulación publicitaria y ante ciertos abusos procedentes, incluso, del mundo adulto. Pero las actitudes no deben constituirse en áreas o ámbitos específicos de trabajo pedagógico, sino que su tratamiento educativo natural corresponde a todas las situaciones y experiencias que el niño tenga en el centro educativo o en el contexto familiar a lo largo de todo el proceso de su formación como persona.

De lo hasta aquí expuesto puede inferirse que la familia puede convertirse tanto en fuente destacada de factores de riesgo como de factores de protección y, en consecuencia, su papel esencial en la prevención. La prevención del consumo abusivo de alcohol, como la prevención del abuso de drogas en general, debe considerarse desde la promoción de la salud y contemplarse dentro del proceso de socialización y, además, desde la infancia. Es decir, la prevención es, ciertamente, un epígrafe de la promoción de la salud, pero ambas no deben entenderse como un proceso con un principio y un fin, como un conjunto

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de acciones concretas más o menos relacionadas entre sí y activadas en algún momento del proceso evolutivo. La prevención, más que un artificio metodológico, ha de ser un estilo socializador continuo, una perspectiva que deben contemplar y aplicar los agentes que intervienen en la socialización. Es prioritario incidir sobre aquellas fuerzas capaces de modificar en una dirección u otra la conducta del futuro adolescente, para que ellas mismas, de una manera natural, ejerzan su impacto en la dirección deseada. La dirección de estos vectores debería estar ya suficientemente orientada en el inicio de la adolescencia, período en que no solo se inicia el consumo de alcohol, sino que este se transforma rápidamente en habitual. Además, es una edad en la que la influencia del grupo de iguales, es decir, de otros adolescentes condicionados por las mismas fuerzas sociales, se convertirá en decisiva. Por ello, reiteramos que todas las reflexiones que exponemos corresponderían a propuestas preventivas instauradas dentro del proceso de socialización que, obviamente, no comienza a los 12 años, sino que ha comenzado 12 años antes.

Ante el consumo de alcohol juvenil, los padres suelen asumir una de estas dos posturas: autocrítica y asunción de su responsabilidad como educadores; o, de manifiesta adhesión al modelo cultural de consumo de alcohol como lubricante social, lo cual genera un cierto estado de confusión, al tiempo que reconocen su falta de preparación para asumir la responsabilidad educativo-preventiva (Baigorri y Fernández-Díaz, 2003; Pinazo y Pons, 2002). Entre los objetivos de la intervención preventiva desde y con la familia lo más relevante es fomentar las habilidades educativas de los padres, promoviendo así su función como agentes educadores y de salud, y fortaleciendo su capacidad para cumplir ese papel adecuadamente (Salvador, 2000). De esta manera, la necesaria participación de los padres en la prevención debe venir propiciada por la capacitación de estos como educadores. Los padres deben ser conscientes de la influencia que su comportamiento ejerce en el desarrollo de sus hijos, deben conocer todo aquello que ejerce un impacto en el ajuste psicológico y social de ellos: sus actitudes y valores, los mensajes explícitos e implícitos que transmiten, su propia manera de relacionarse en sociedad, sus estilos de solucionar conflictos o su manera de gestionar emociones.

Como afirma Recio (1999), padres y profesionales son los que deben educar a los niños y adolescentes, pero para que ello sea posible es necesario que tengan formación, orientación y apoyo suficientes. En los padres esto no se supone por defecto. Entonces ¿cómo capacitarlos para que sean agentes eficaces de prevención? ¿Cómo darles formación para que sean capaces de poner en práctica las pautas edu-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cativas que actúan como factores de protección? La modalidad más utilizada para ello es la de la escuela de padres. Una escuela de padres es una estrategia educativa que va dirigida a padres con hijos pequeños o adolescentes, con la finalidad de que aprendan cómo reducir los riesgos que deberán soslayar su hijos en relación con el alcohol y otras drogas, así como en relación con otros problemas de conducta (Kosterman, Hawkins, Spoth, Haggerty y Zhu, 1997). Esta modalidad de trabajo se suele considerar dentro de la prevención primaria o prevención universal, por cuanto no se dirige específicamente a grupos de riesgo sino a toda la población, pretendiendo ser una acción anticipadora de los factores de riesgo y potenciadora de los de protección.

En nuestra sociedad suele utilizarse el término «escuela de padres», mientras que en el mundo anglosajón se usa más el de «entrenamiento de padres»; en todo caso, su pretensión es proporcionar a los padres una formación centrada en los conocimientos de las ciencias sociales y de la educación, y descargada de contenidos moralizantes, de manera que sean capaces de desempeñar con éxito la función educativa con sus hijos. Se ofrece a los padres la formación básica sobre diferentes temas relacionados con esta labor educativa, con la finalidad de que sean capaces de estimular de manera natural en sus hijos las actitudes, los valores, las habilidades sociales, los hábitos de conducta y afrontamiento, la autoestima y el equilibrio psicológico que les permitirán desenvolverse con éxito y saludablemente en los ámbitos sociales. Obviamente, esta estrategia se fortalecerá si se implican en ella otras instancias, como las asociaciones de padres y madres, las asociaciones vecinales, los servicios comunitarios o las instituciones públicas.

Además de la modalidad presencial, en los últimos años se han puesto en marcha escuelas de padres en modalidad *on line*, como el proyecto «Universidad de Padres» desarrollado por Movilización Educativa[3]. En este proyecto se realizan programas educativos para padres, desde el embarazo hasta que sus hijos tienen 16 años, agrupando a los progenitores de acuerdo con las edades de sus hijos. El objetivo es potenciar, de manera integrada, factores de protección, formando a los padres para que adquieran la competencia necesaria para fomentar en los hijos valores e intereses prosociales, autoestima, responsabilidad, autocontrol, capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades sociales, compromiso cívico y pensamiento crítico.

En todo caso, no hay que pensar que un adolescente educado en familias con buenas prácticas de protección se convertirá en inmune

[3] http://www.movilizacioneducativa.net

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ante los ofrecimientos del consumo de alcohol y sus efectos. No puede afirmarse esto, de ninguna manera. Es necesario recordar que todo factor de riesgo o de protección actúa conjuntamente con otros factores y tal actuación es solo ponderable en términos de probabilidad. Si bien los factores familiares de protección reducen la probabilidad de consumo abusivo en el adolescente expuesto a ellos, existen otros factores de índole sociocultural a los que se hallan expuestos todos por ser miembros de la misma sociedad. Es cierto que la socialización familiar fundamentada en la comunicación, el afecto, la comprensión y el apoyo es un factor de protección, como también lo es el modelado de consumo moderado o la abstinencia en los padres; pero no solo la familia es responsable de la educación de los menores, también las instituciones sociales tienen su responsabilidad en la prevención y, en general, en la tarea educativa. Experiencias como la asignatura «Educación para la Ciudadanía», recientemente integrada (y eliminada casi con la misma presteza) en las aulas españolas, se ha presentado como una estrategia muy interesante para la educación en valores protectores inespecíficos desde la escuela, ya que esta materia ha planteado como objetivos consolidar en los alumnos la responsabilidad, la autoestima, la solidaridad, los hábitos cívicos, los valores prosociales y la emancipación de criterios. Este tipo de actuaciones desde la Educación Primaría contribuyen a potenciar factores protectores, ante la avalancha de mensajes mediáticos y la fuerza de contextos relacionales inductores de formas de ocio asociadas al consumo de alcohol. En efecto, las presiones que provienen del contexto sociocultural más amplio también deben formar parte de un modelo explicativo del consumo de alcohol y a ello se dedicará el siguiente apartado de este capítulo.

2.3. *El contexto sociocultural*

Para afrontar problemas sociales como el consumo de alcohol en la adolescencia de una manera realista y eficaz es necesario partir de una posición teórica que permita contemplar todo el contexto socioecológico en que se socializa el sujeto, los grupos de los que forma parte y su influencia en las creencias, valores y actitudes que intervienen en sus conductas (Herrero, 2004; Musitu, 1998). Un factor importante a tener en cuenta son las normas culturales y sociales relacionadas con el consumo de alcohol. La institucionalización del uso social de las bebidas alcohólicas se imprime también en las actitudes del adolescente. Las actitudes hacia el alcohol están reflejando lo que el joven ha aprendido a través de su socialización, a través de unos usos y costumbres sociales

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

y familiares, y a través de la publicidad y otros mensajes contenidos en los medios de comunicación. Las expectativas de gratificación previas al inicio del consumo son consecuencia de una enculturación complaciente con el consumo de alcohol.

En primer lugar, las drogas ilegales (cannabis, cocaína, etc.) suelen recibir valoraciones mayoritariamente críticas del medio social y son percibidas con mayor riesgo que aquellas drogas que mantienen un estatus de legalidad (Lee, Geisner, Patrick, y Neighbors, 2010; Pons, Queralt, Mars, García-Merita y Balaguer, 2010). En este sentido, la conceptualización del alcohol bajo el prisma de droga legal e institucionalizada provoca que su consumo sea considerado socialmente como «normal» o «legítimo», y que los adultos sean más tolerantes con los que consumen alcohol que con aquellos que utilizan otro tipo de drogas (cannabis, cocaína, heroína, etc.) (Elzo, 2010; Isorna y Saavedra, 2012; Pons, 2008; Trujillo, Vargas y Martín-González, 2013). El problema fundamental es que con este comportamiento, la sociedad adulta traslada de forma indirecta al adolescente la idea de ausencia de riesgo en el consumo de alcohol (Lee *et al.*, 2010; Pons 2008; Trujillo, Pérez y Scoppetta, 2011).

En España, el 66,8 % de las personas entre 15 y 65 años considera el alcohol una sustancia bastante o muy peligrosa, el 72 % opina de igual forma respecto al cannabis y el 98,7 % sobre la cocaína; sin embargo, el 47 % de los encuestados dice consumir alcohol habitualmente, mientras que en el caso del cánnabis el dato desciende hasta el 7,5 % y se sitúa en el 0,8 % en referencia a la cocaína (Elzo, 2010). Gran parte de los padres de niños y adolescentes dicen estar de acuerdo con la afirmación de que las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas, pero sería imposible encontrar ese acuerdo en los padres si la afirmación se refiriera, por ejemplo, a los cannábicos, a la cocaína o a los estimulantes sintéticos (Pinazo y Pons, 2002).

Por otro lado, lo cierto es que en los países occidentales, y concretamente en España, beber alcohol supone una parte indisociable del rito de celebración, y se vincula a la noción de acontecimiento feliz, de diversión, de fiesta (Elzo, 2010; Moral *et al.*, 2009). El problema que podría plantearse en este caso no es solo que el adolescente interiorice a muy temprana edad que existe una relación entre diversión, celebración etc. y consumo de alcohol, sino que perciba además que el modo de consumir normativo en esos casos es el consumo abusivo o intensivo. Además, es importante recordar que la percepción de riesgo, no solo personal, sino social, puede reducirse en esta «cultura de la diversión», ya que el comportamiento de aquellos que alcanzan el estado de embriaguez es a menudo tolerada socialmente porque los que beben, no solo se divierten «legítimamente», sino que además «no saben lo que hacen» o

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

no son «ellos mismos», lo que sirve para «justificar» u otorgar normalidad a ciertas conductas que serían rechazadas o temidas claramente sin el atenuante del binomio alcohol-diversión (Coleman y Cater, 2005).

Un aspecto importante a tener en cuenta respecto a las normas culturales y sociales relacionadas con el consumo de alcohol es que, en muchas ocasiones, dificultan la tarea de prevención, al transmitir mensajes que contradicen la información objetiva sobre los perjuicios del alcohol. En otros términos, parece difícil pensar que un adolescente cambiará su actitud respecto al consumo a partir de la información objetiva que recibe por diversos medios sobre los perjuicios del alcohol cuando, por un lado, la sociedad les advierte sobre los riesgos pero, por otra parte, les enseña que beber es normal y es «aceptable» emborracharse (Burkhart, 2009; Cicua, Méndez y Muñoz, 2010; Elzo, 2010; Isorna y Saavedra, 2012). De hecho, diversos trabajos han constatado como, mientras que por un lado las autoridades desarrollan medidas encaminadas a reducir el consumo en los adolescentes, las normas culturales permiten e incluso condonan el inicio en el consumo de alcohol en la adolescencia temprana y su evolución hacia un consumo abusivo en la adolescencia tardía (Zucker *et al.*, 2009; McMorris *et al.*, 2011; Paschall, Grube y Kypri. 2009). En definitiva, no es de extrañar que, ante el conjunto de informaciones contradictorias que reciben por una u otra vía, los adolescentes se sientan confusos respecto a cuáles son los beneficios y los riesgos del alcohol.

Sería improcedente ofrecer una imagen culpabilizante, presentando al adolescente de hoy como un ser antinormativo solo interesado en emborracharse. Realmente hay diferencias individuales notables que están relacionadas con las prioridades de valor y que explican diferentes niveles de riesgo de consumo abusivo. Pero esta conducta está demasiado extendida entre la población juvenil como para concluir que pudiera responder solamente a motivaciones antinormativas. Además, la supuesta anomia no es tanta, si consideramos la adhesión a las normas del grupo y que su conducta refleja, en realidad, determinados valores de la sociedad. El consumidor adolescente no es simplemente un gamberro, ni ocupa todo su tiempo en beber. Tal vez lo que busca, como todo ser humano, es adaptación al medio, para lo cual, como si de un puzle se tratara, configurará la forma de su conducta a la forma que tiene la sociedad en la que vive. Esta motivación adaptativa está presente en todo su comportamiento, del cual la ingesta de bebidas alcohólicas es sólo una parte. Es decir, hará lo que hace todo el mundo: intentar adaptarse y hacerlo con los recursos disponibles.

Entender los comportamientos asociados al ocio en los jóvenes de hoy es hacerlo desde el concepto de estilo de vida que supone una

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

«marca diferencial» vivida y experimentada colectivamente. Como afirman García-Montes y Caballero (2006), el estilo de vida es una cuestión con un gran componente de estética. El estilo de vida de un individuo aparece vinculado al estilo de vida de sus grupos de referencia o pertenencia, es decir, a un tipo de estilo de vida colectivo, y ambos se forman en relación con las condiciones sociales en las que viven individuos y grupos (Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992). Los estilos de vida recogen variabilidad de sus pautas entre grupos sociales diferentes (por ejemplo, grupos generacionales), pues estos se hallan sometidos a procesos de influencia distintos y peculiares (Lindstrom, 2006; Raithel, 2006). El estilo de vida que una persona adopta se va conformando a lo largo de su historia como tal persona y en su constitución juegan un papel decisivo los procesos de aprendizaje de conductas y actitudes por imitación de modelos familiares, grupales y mediáticos (Sanabria, González-Quevedo y Urrego, 2007).

En esta emergencia de los estilos de vida cobra una especial importancia el papel de los medios de comunicación de masas y la cultura del mercantilismo. En la investigación de los últimos años se ha puesto de manifiesto la gran cantidad de tiempo que los adolescentes permanecen expuestos a contenidos en los medios de comunicación que incluyen el consumo de alcohol (Borzekowski y Strasburger, 2008; García, López y Quiles, 2006; Hanewinkel, Sargent, Poelen, Evelien, Scholte, Florek *et al.*, 2012). En trabajos recientes se subraya el profundo impacto que esa exposición tiene en las actitudes y conductas que manifiestan los jóvenes en general respecto al consumo, si bien hay que puntualizar que es más relevante el tipo de contenido que el tiempo de exposición (Anderson, De Bruijn, Angus, Gordon y Hastings, 2009; Grube y Waiters, 2005; Hanewinkel y Sargent, 2009; Moon y Rao, 2011; Moreno, Briner, Williams, Brockman, Walker, y Christakis, 2010; Rideout, Foehr y Roberts, 2010; Van Hoof, De Jong, Fennis y Gosselt, 2009; Wills, Sargent, Gibbons, Gerrard y Stoolmiller, 2009). Por otro lado, los estudios muestran la existencia de un conjunto de variables moderadoras que influyen en los efectos de la exposición al contenido mediático como, por ejemplo, el nivel educativo del consumidor y las habilidades para el pensamiento crítico (Scull *et al.* 2010; Sotirovic, 2003; Talor, Cohen, Tsfati y Gunter, 2009) o los factores familiares de protección (Lloret, Segura, y Carratalá, 2008; Pilatti, Godoy y Brussino, 2012; Wray-Lake *et al.*, 2010).

Es importante destacar que en el ámbito de la prevención, el rol desempeñado por los medios de comunicación se limita casi exclusivamente a ser una herramienta encargada de la difusión de mensajes en prensa, radio o televisión para promover estilos de vida saludables a

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

través de campañas puntuales (Van Hoof *et al.*, 2009). En algunos estudios se muestra el efecto preventivo de este tipo de campañas antidroga (Council on Communications y Media, 2010; Flynn, Worden, Bunn, Dorwaldt, Dana y Callas, 2006) mientras que, en otros, se ha observado que estimulan el consumo más que lo reducen, en una especie de «efecto boomerang» por el cual se producen efectos no deseados en las actitudes y comportamientos de los adolescentes (Fishbein, Hall-Jamieson, Zimmer, Von Haeften y Nabi, 2002).

Pero, la influencia ejercida por los medios en el consumo de alcohol no se limita a su efecto (preventivo o *boomerang*) a través de estas campañas. Por ejemplo, los medios deciden el espacio y la importancia que dan al consumo de alcohol dentro del conjunto de asuntos sobre los que deciden informar (*Agenda-Setting*), elaboran la información sobre la bebida seleccionando, enfatizando y excluyendo elementos *(Framing)*, presentan personajes en películas, *reality-shows*, vídeos musicales, e incluso informativos que se convierten en «superiguales» para los adolescentes (al facilitarles modelos e información determinada sobre el uso del alcohol que no se encuentra disponible en el grupo de iguales o en la familia) (Brown, Halpern y L'Engle, 2005; Entman, 1993; McCombs, 2005; Suárez *et al.*, 2013; Tankard, 2011).

Los medios juegan un papel fundamental en el desarrollo de expectativas positivas respecto al alcohol en el adolescente, principalmente debido a los modelos de conducta que exhiben. Modelos fundamentados en consumos abusivos sin mostrar las consecuencias negativas asociadas a tales comportamientos, exhibiendo además una imagen «glamurizada» del alcohol que vincula el consumo con resultados positivos (Grube y Waiters, 2005; Paricio, Rodríguez y Rabadán, 2012). De esta forma, los medios de comunicación ofrecen a los adolescentes un marco cognitivo e interpretativo del consumo de alcohol que condiciona su forma de entender este hecho social, cuyo principal efecto es que pueden llegar a conceptualizar la bebida de manera similar a cómo es representada en los medios, independientemente de la información que obtienen a través de su propia experiencia directa (Borzekowski y Strasburger, 2008; Henriksen, Feighery, Schleicher y Fortmann, 2008; Minnebo y Eggermont, 2007; Morgan y Shanahan, 2010; Van Hoof *et al.*, 2009). Mediante la exposición a estos modelos sociales, el joven puede desarrollar la idea, por ejemplo, de ausencia de riesgo en el consumo de alcohol y expectativas positivas respecto a su uso (Grube y Waiters, 2005; Lee *et al.*, 2010; Londoño, 2010; Pons y Buelga, 2011; Suárez *et al.*, 2013; Trujillo *et al.*, 2011).

En resumen, si como se ha visto la influencia de los medios en materia de alcohol no se limita únicamente a la información que se

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

transmite a través de las campañas, parece razonable pensar que su papel en la prevención no debería consistir exclusivamente en servir de altavoz para los mensajes que se generan desde las diferentes instituciones, sino que su propio comportamiento necesitaría ir en consonancia y formar parte de las propias estrategias preventivas a las que prestan voz. Por ejemplo, y aunque pueda resultar utópico, elaborando contenidos audiovisuales destinados a los jóvenes que ofrezcan modelos en hábitos saludables y evitando, en la medida de lo posible, promover y confeccionar aquellos otros que favorezcan el desarrollo de expectativas concretas sobre las consecuencias positivas derivadas del consumo.

3. ¿Qué se hace y qué se puede hacer?

Como se dijo en las primeras páginas de este capítulo, a la hora de analizar las posibles soluciones al problema del consumo de alcohol en adolescentes, es importante destacar el papel fundamental que desempeñan las políticas o estrategias en materia de prevención que son desarrolladas en el nivel macrosocial por los poderes públicos (Paschall, Grube y Kypri, 2009; Robledo, 2002). Principalmente, estas políticas preventivas se centran en reducir la oferta de alcohol y/o restringir la demanda por parte de los jóvenes (Becoña, 2002; Calafat, 2002; Robledo, 2002).

En el primer caso, la reducción de la oferta, la prevención se aplica a la sustancia para limitar su promoción y disponibilidad. Se realiza a través de la reglamentación legal de la producción y venta de alcohol para dificultar el acceso de los menores con la finalidad de restringir su consumo. Un buen ejemplo es la Orden de 7 de Noviembre de 1989 emitida por el *Boletín Oficial del Estado* (1989), en la que se prohibía «la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia» (MEC, 1989).

Las políticas destinadas a reducir la demanda, en cambio, se centran en el individuo. Concretamente, se fundamentan en el diseño y apoyo a programas educativos destinados a informar y desarrollar competencias para la mejora de los recursos y habilidades personales, por ejemplo, mediante la inclusión de programas preventivos en el currículo oficial. También, favorecen la participación social de la comunidad en la promoción de la salud y la prevención de drogodependencias, un ejemplo es la orden SPI/3281/2010 publicada por el *Boletín Oficial del Estado* (2010) con la que se formaliza el apoyo económico a los programas generados

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

desde las corporaciones locales. Por último, establecen sanciones para evitar el consumo y el desarrollo de actividades de ocio inadecuadas en los jóvenes, como pretende la famosa «*Ley Antibotellón*» (*Ley 7/2006, de 24 de octubre),* publicada por el *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* (2006), que en su artículo 3. h), prohíbe y sanciona «el consumo de bebidas alcohólicas por menores de dieciocho años en los espacios abiertos».

Lo cierto es que, si se tiene en cuenta la información que en los últimos años vienen ofreciendo las encuestas nacionales sobre los hábitos de consumo de alcohol en los adolescentes, podría pensarse que la acción de estas políticas no está logrando la eficacia preventiva que sería deseable. Pero el problema es que, más allá de lo que podemos deducir indirectamente de los datos, resulta difícil evaluar en profundidad su eficacia.

En primer lugar, es difícil concluir sobre el poder preventivo de los programas desarrollados en España, debido a la escasa importancia que se concede al rigor en la evaluación de resultados. Siguiendo a Espada, Rosa y Méndez (2003), en muchas ocasiones, «se renuncia al rigor científico debido a la urgencia política y a la presión social por alcanzar éxitos inmediatos». Por ejemplo, en los estudios más recientes que analizan y realizan propuestas sobre evaluación de los principales programas de ocio alternativo desarrollados en España recogidos en la red IDEA_ Prevención, se indican las principales carencias que plantea el diseño de estos programas para conocer su valor preventivo en la práctica. Tanto en la *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo* (Erraste, Fernández, Secades y Vallejo, 2004)[4] como el informe sobre *Buenas prácticas y retos de los programas de ocio saludable en España* (Arbex, 2003)[5] se señala la falta de protocolos de evaluación diseñados específicamente para los programas de ocio alternativo de prevención de consumo de drogas y la necesidad de que desde las Comunidades Autónomas o desde la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se proporcionen instrumentos de trabajo protocolarizados susceptibles de ser adaptados a cada zona, de forma que puedan homogeneizarse in-

[4] Erraste, J.M, Fernández, J.R, Secades, R. y Vallejo, G. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaRefOcioalternativo.pdf

[5] Arbex, C. (2003). *Buenas prácticas y retos de los programas de ocio saludable en España*. Madrid: ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales) y PNSD. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/catalogo_ociosaludable.pdf

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

dicadores y criterios de evaluación de estos programas y obtener datos comparables. En varios de los programas analizados por estos estudios se ha realizado una evaluación de los objetivos o una evaluación del impacto, pero muy pocos contemplan una evaluación de resultados en el sentido de valorar la incidencia del programa en la disminución del consumo de alcohol u otras drogas o el retraso en la edad de inicio en el consumo. No parece haber motivos para que la lógica fundamental de los protocolos de evaluación de programas de ocio alternativo sea básicamente diferente a la que tendrían programas que recaen sobre otro ámbito (escolar, familiar, etc.). Aún así, la forma de evaluar los resultados descansa en ocasiones exclusivamente sobre un cuestionario aplicado a los propios responsables del programa de prevención, sin que se incluyan como foco principal de información la visión de los participantes en el programa y sus beneficiarios, de los miembros de los grupos objetivo intermedios y de los grupos objetivo finales. En otros casos, la evaluación se centra en la planificación y el proceso de diseño de los programas pero no en los resultados, muchos de ellos se fundamentan en datos cualitativos y conceden excesiva importancia a las opiniones de los responsables sin aportan apenas datos cuantificables en escalas, por lo que resulta particularmente difícil concluir la eficacia del programa de prevención, así como la intensidad de sus efectos sobre las variables sobre las que se pretende intervenir o la especificidad del programa en lo relativo a los cambios que hubieran podido registrarse.

Por todo ello, lo más completo, coincidiendo con lo expuesto por Comas (2001) sería utilizar un modelo mixto de evaluación en el que, como parece obvio, la principal fuente de información fuesen los sujetos diana de dichos programas, y que además estuviesen centrados en la evaluación de resultados como área decisiva para la valoración final de una intervención preventiva del consumo de alcohol u otras sustancias, sin por ello menospreciar la importancia de las evaluaciones de la planificación y el proceso de los programas. Así, y continuando con el ejemplo anterior, el primer esfuerzo por establecer un protocolo riguroso de evaluación a nivel nacional de programas de ocio alternativo se encuentra en la propuesta que aparece en *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo* (Erraste *et al.*, 2003), donde se adaptan y completan las dos principales guías de evaluación que sirven de referencia en la evaluación de programas preventivos de ocio alternativo y tiempo libre: la *Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el Ámbito de las Drogodependencias – Manual para Responsables de Planificación y Evaluación de Programas,* del Observatorio Europeo de

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Drogas y Toxicomanías (OEDT), y el *Getting to outcomes* («Obteniendo resultados»), del Nacional Center for the Advancement of Prevention (NCAP, dependiente del Center for Substance Abuse Prevention, CSAP norteamericano). Aún habrá que esperar para conocer datos. De momento, no hay estudios que reflejen el grado de aplicación de dicha guía de referencia y el nuevo tipo de resultados obtenidos por las evaluaciones de los programas.

En segundo lugar, la información que puede encontrarse en la investigación existente sobre evaluación de políticas preventivas también es escasa, y tampoco permite concluir de forma general respecto a qué medidas resultan más eficaces y por qué. Hasta el momento, la mayoría de estudios se han centrado en el análisis del impacto de programas preventivos desarrollados en el ámbito escolar (veáse Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva y Ramos, 2010; Lorence, García y Suárez, 2012; Moral *et al.*, 2009). Pero son muy pocos los trabajos que evalúan otro tipo de medidas preventivas y, salvo alguna excepción (como el interesante trabajo de March, Danet, Prieto, Martín, López y Luque, 2013), suelen ser el resultado de investigaciones más amplias. Por otro lado, en estos estudios se recoge la opinión de un único sector de la población (docentes, padres, adolescentes, profesionales de la salud, etc.) (por ejemplo, en Pérez *et al.*, 2010; March, Prieto, Danet, Suess, Ruiz y García, 2012; March *et al.*, 2013) pero como indican algunos autores, resulta clave para evaluar la eficacia de las políticas preventivas realizar estudios que ofrezcan un *feedback* valorativo a cargo, tanto de las personas beneficiarias como de las que implementan dichas políticas, en el contexto sociocultural en el que son aplicadas (Evans-Whipp, Bond y Toumbourou, 2007; Paschall *et al.*, 2009).

En este sentido, en un reciente trabajo publicado por Suárez *et al.*, (2014) se aportaba información interesante acerca de la eficacia de las estrategias preventivas. Precisamente, en este estudio se analizaba conjuntamente la opinión de los adolescentes, la principal población objetivo de las políticas preventivas y la de aquellos profesionales expertos que investigan y trabajan desde hace años en el ámbito del consumo de alcohol y su prevención en España (en adolescencia, escuela, familia, poderes públicos y medios de comunicación). Entre los resultados más destacables de esta investigación se observó, por ejemplo, que los adolescentes son mucho más escépticos que los profesionales/expertos acerca de la eficacia de las políticas institucionales en materia de prevención del consumo de alcohol. También, que ambos grupos valoran negativamente las campañas informativas en los medios y el incremento en los precios, y consideran la restricción de la disponibilidad del alcohol una medida eficaz para prevenir el consumo.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Además, en el citado estudio se recogían las soluciones propuestas por adolescentes y profesionales para prevenir el consumo de alcohol. Así, se observa que los jóvenes entrevistados proponían, como medida eficaz para lograr un consumo más moderado y seguro, la reducción de los precios de las bebidas alcohólicas en los locales de ocio. En este caso, se trata de una propuesta difícil de evaluar a priori utilizando los resultados de estudios previos, pues no se encuentran trabajos que concluyan respecto al supuesto efecto «moderador» o «preventivo» de un descenso en el precio de las bebidas alcohólicas, aunque parece lógico pensar en un impacto positivo en las consecuencias sociales del consumo en los lugares públicos, pero no tanto en la moderación o prevención del consumo (Giménez, Cortés y Espejo, 2010). En cambio, sí se encuentran en la investigación existente resultados concluyentes respecto a la ineficacia preventiva del incremento en el precio del alcohol y los efectos negativos que este produce en los patrones de consumo (Carpenter, Kloska, O'Malley *et al.*, 2007; Isorna y Saavedra, 2012; March *et al.*, 2013; Paschall *et al.*, 2009) coincidiendo en este caso con la opinión expresada tanto por los adolescentes como por los profesionales (Suárez *et al.*, 2014).

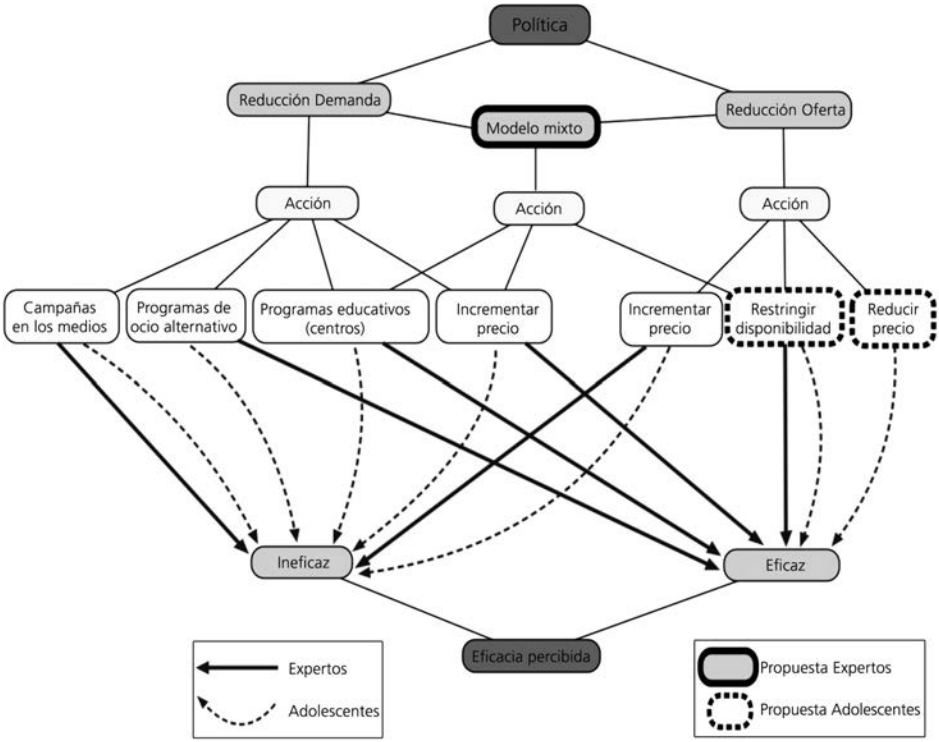
Finalmente, según los profesionales del citado estudio, una estrategia eficaz de prevención del consumo debería fundamentarse en la utilización de un «modelo mixto» en el que se integrasen políticas de reducción de oferta y demanda de alcohol, en función de objetivos específicos: a corto plazo, sancionando el consumo y restringiendo estrictamente su disponibilidad (aspecto en el que coinciden con los adolescentes); a largo plazo, promoviendo la educación en salud mediante la inclusión de programas educativos en el currículo oficial. Estudios recientes confirman la eficacia preventiva por separado de estas tres medidas tanto en España como en otros países (Carpenter *et al.*, 2007; Dolz y Martín, 2010; Paschall *et al.*, 2009). Además, los expertos entrevistados consideraban también importante que las administraciones desempeñen un papel más activo y que no se limite a la financiación parcial o total de las diferentes propuestas y que los jóvenes participen activamente en las políticas institucionales. Este último punto parece especialmente relevante pues podría explicar el escaso impacto preventivo de algunas políticas, ya que al no tenerse suficientemente en cuenta la opinión de los jóvenes estas pueden no estar ajustándose correctamente a sus necesidades (Dolz y Martín, 2010).

En la Figura 1 puede observarse el mapa general con los resultados del estudio de Suárez *et al.*, (2014):

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Figura 1

Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol, según profesionales y adolescentes



Fuente: Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes (Suárez *et al.*, 2014).

Una última reflexión que puede hacerse tras lo expuesto a lo largo de este capítulo es la relativa a la necesidad de coherencia entre las diferentes medidas institucionales que tratan de prevenir el consumo, y entre estas y las actitudes y normas sociales que guían el comportamiento de los individuos en los niveles microsocial (familia, escuela) y macrosocial (poderes públicos, medios de comunicación). En otros términos, la regulación de la sustancia y la propia actitud social ante el consumo de alcohol no parecen estar en consonancia con el mensaje preventivo que se transmite, mediante campañas en los medios o programas educativos. Lo que se «demoniza» por un lado en el discurso, es de fácil acceso y está nor-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

malizado socialmente por otro. Ante esta situación, parece lógico que el adolescente no perciba un riesgo real en el consumo y no entienda además por qué se le «castiga» cuando trata de imitar en parte el modelo en el que es socializado, y se sienta reprimido o tratado injustamente. En este sentido, un mensaje preventivo menos agresivo y una regulación más estricta con la disponibilidad del alcohol posiblemente evitarían, no solo el consumo de forma directa, sino la percepción de incoherencia entre el citado mensaje y la norma social. Por otra parte, también sería interesante contemplar políticas de control centradas en reducir el consumo en adultos, pues probablemente influirían indirectamente y de forma positiva en el consumo de los más jóvenes a través de la educación normativa. En definitiva, en todos estos casos se ayudaría a evitar la percepción en los adolescentes de «¿Por qué a mí? Si está en la calle, todos lo hacen y están socialmente adaptados».

Al fin y al cabo, el comportamiento humano no es ajeno a las influencias de aquellos factores macrosociales definidos por las características históricas, políticas y etnográficas de una sociedad. Los comportamientos cotidianos se asientan no solo en decisiones individuales e influencias microsociales, sino también en estos factores de amplio alcance. En consecuencia, la prevención del abuso de alcohol incluirá proponer a la sociedad en su conjunto un análisis crítico, aunque pausado, objetivo y no moralizante, de los usos y costumbres que legitiman el consumo abusivo de sustancias institucionalizadas. Por otro lado, sería recomendable no centrar exclusivamente la tarea preventiva en estrategias educativas dirigidas al adolescente, diseñadas para obtener resultados a largo plazo a la espera de cambios en su «cultura del beber», sino orientarlas también hacia el resto de agentes de socialización, especialmente los padres, e incidir además en políticas centradas en la sustancia y en reducir la oferta, a través de una legislación adaptada a ese objetivo que limite tanto la disponibilidad como su uso habitual en la sociedad.

Referencias

Allen, D. (2003). Treating the cause not the problem: Vulnerable young people and substance misuse. *Journal of Substance Use, 8*, 42-46.

Altarriba, F.X. (2008). *¿Por qué beben?: Adolescentes y alcohol: claves para comprender a tus hijos*. Ediciones CEAC.

Anderson, P. & Baumberg, B (2006). Alcohol in Europe: A public health perspective. *Report to the European Comission*. London: Institute of Alcohol Studies. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. & Hastings, G. (2009). Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol & Alcoholism*, *44*(3), 229-243.

Ardila, M.F. & Herrán, O.F. (2008). Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia. *Revista Médica de Chile, 136*, 73-82.

Baigorri, A. & Fernández-Díaz, R. (2003). *Botellón: Un conflicto postmoderno*. Barcelona: Icaria.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science, 10*, 214-217.

Becoña, E. (2002). Bases Científicas de la Prevención en Drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas; 2003. 480 p. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf

Boletín Oficial del Estado (1989). *Orden de 7 de noviembre de 1989 por la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas a los alumnos en los centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia.* Disponible en: http://www.msc.es/en/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Orden7Nov_99.pdf

Boletín Oficial del Estado (2010). *Orden SPI/3281/2010, de 29 de noviembre, por la que se publican las Ayudas económicas a Corporaciones Locales en 2010, para el desarrollo de programas de prevención de las drogodependencias con cargo al Fondo de Bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la Ley 17/2003*. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/20/pdfs/BOE-A-2010-19563.pdf

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (2006). Ley 7/2006 sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2006/215/d/2.html

Borzekowski, D.L.G. & Strasburger, V.C. (2008). Tobacco, alcohol and drug exposure. En Calvert S, Wilson BJ (Eds.). Handbook of Children and the Media, 432-452. Boston, MA: Blackwell.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development.* Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).

Brown, J.D., Halpern, C.T. & L'Engle, K.L. (2005). Mass media as a sexual super peer for early maturing girls. *Journal of Adolescence Health*, *36*, 420-7.

Brown, S.A. (2008). Prevalence of alcohol and drug involvement during childhood and adolescence. En T. Beauchaine y S.P. Hinshaw (Eds.) *Child and adolescent psychopathology* (pp. 405-444). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Budd, R.J., Eiser, J., Morgan, M. & Gammage, P. (1985). The personal characteristics and life-style of the young drinker: The results of a survey of British adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 16*, 145-157.

Buelga, S. & Musitu, G. (2006). Famille et adolescence: Prévention de conduites à risque. En D. Jacquet, M. Zabalia y H. Lehalle (Eds.), *Adolescences d'aujourd'hui*. Rennes: Presses Universitaires.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

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

Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G. & Lila, M. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents' drug consumption. En S. Jackson y L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development*. Hove: Psychology Press.

Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en compañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista Española de Drogodependencias*, *34*, 376-400.

Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones, 14(1),* 317-36.

Cantera, L. (2004). Psicología comunitaria de la salud. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Carpenter, C.S., Kloska, D.D., O'Malley, P. & Johnston, L. (2007). Alcohol control policies and youth alcohol consumption: Evidence from 28 years of monitoring the future. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, *7*(1).

Cava, M.J., Murgui, S. & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema, 20*, 389-395.

Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2010). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, *4*(11). 115-134.

Coleman, L. & Cater, S. (2005). Underage «binge» drinking: A qualitative study into motivations and outcomes. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, *12*(2), 125-136.

Comas, D. (2001). La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana. Madrid: Instituto de la Juventud (INJUVE).

Conde, F. (1999). Los hijos de la desregulación. jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas. Madrid: Fundación CREFAT – Cruz Roja.

Coskunpinar, A. & Cyders, M.A. (2012). Mediation–moderation analysis of problematic alcohol use: The roles of urgency, drinking motives, and risk/benefit perception. *Addictive Behaviors*, *37*(7), 880-883.

Council on Communications and Media (2010). Policy Statement-Children, Adolescents, Substance Abuse, and the Media. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, *126*(4), 791-799.

De la Villa, M., Moral, M.V., Rodríguez, F.J., Ovejero, A. & Sirvent, C. (2010). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones, 21(3), 207-219.*

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Informe de la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES), 2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSC). Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Informe de la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES), 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSC). Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

Dolz, E. & Martín, M.B. (2010). Políticas alternativas ante el botellón andaluz: análisis de actores y medidas en Granada (2000-2010).*Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo Social y Acción Social*, (47), 43-65.

Dunn, M.E. & Goldman, M.S. (2000). Empirical modeling of an alcohol expectancy network in elementary school children as a function of grade. *Experimental and Clinical Psychology, 4*, 209-217.

Elzo, J. (2010). ¿Hay un modelo mediterráneo de consumo de alcohol? En J. Elzo (Ed.), *Hablemos de alcohol* (pp. 47-67). Madrid: Entinema.

Elzo, J. (2002). La comunicación en la familia. En E. Megías (Ed.), *Hijos y padres: Comunicación y conflictos*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Entman, R. (1993). Framing: Toward a clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, *43*(3), 51-58.

Erben, R., Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine, 35*, 359-365.

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

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

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

Evans-Whipp, T.J., Bond, L., Toumbourou, J.W. & Catalano, R.F. (2007). School, Parent, and Student Perspectives of School Drug Policies*. *Journal of school health*, *77*(3), 138-146.

Fishbein, M., Hall-Jamieson, K., Zimmer, E., Von Haeften, I. & Nabi, R. (2002). Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of anti-drug public service announcements before a national campaign. *American Journal of Public Health, 92*, 238–245.

Flynn, B.S., Worden, J.K., Bunn, J.Y., Dorwaldt, A.L., Dana, G.S. & Callas, P.W. (2006). Mass media and community interventions to reduce alcohol use by early adolescents. *Journal of studies on alcohol, 67*(1), 66-74.

Fromme, K. & Ruela, A. (1994). Mediators and moderators of young adults drinking. *Addiction, 89*, 63-71.

García, E.G., López, J.R.G. & Falcón, C.M. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias, 35*(3), 297-308.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

García-Montes, J.M. & Caballero, D. (2006). Los estilos de vida como sustancia de la adicción: Consideraciones a propósito de internet y del teléfono móvil. En F. López-Ríos (Ed.), *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. Almería: Universidad de Almería.

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

Giménez, J.A., Cortés, M.T. & Espejo, B. (2010). Consumo de alcohol juvenil: una visión desde diferentes colectivos. *Salud y Drogas, 2010, vol. 10, num. 1, p. 13-34*.

Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.

Gmel, G., Labhart, F., Fallu, J.S. & Kuntsche, E. (2012). The association between drinking motives and alcohol-related consequences–room for biases and measurement issues? *Addiction, 107*(9), 1580-1589.

Goldberg, J.H., Halpern-Felsher, B.L. & Millstein, S.G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, *21*(5), 477-484.

Goldman, M.S. & Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment, 16*, 4-15.

Grant, V.V., Stewart, S.H., O'Connor, R.M., Blackwell, E. & Conrod, P.J. (2007). Psychometric evaluation of the five factor modified drinking motives questionnaire – Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, *32*, 2611-2632.

Grube, J.W. & Waiters, E. (2005). Alcohol in the media: content and effects on drinking beliefs and behaviors among youth. *Adolescent Medicine Clinics*, *16*, 327-43.

Gutman, L.M., Eccles, J.S., Peck, S. & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of adolescence*, *34*(1), 119-128.

Hanewinkel, R. & Sargent, J.D. (2009). Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents. *Pediatrics*, *123*(3), 989-995.

Hanewinkel R., Sargent, J.D, Poelen, Evelien, A.P., Scholte, R., Florek, E. *et al.* (2012). Alcohol Consumption in Movies and Adolescent Binge Drinking in 6 European Countries. *Pediatrics*, *129*(4), 709-720.

Hampson, S.E., Andrews, J.A., Barckley, M. & Severson, H.H. (2006). Personality predictors of the development of elementary school children's intentions to drink alcohol: The mediating effects of attitudes and subjective norms. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 288-297.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Arthur, M.W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors, 27*, 951-976.

Henriksen, L., Feighery, E.C., Schleicher, N.C. & Fortmann, S.P. (2008). Receptivity to alcohol marketing predicts initiation of alcohol use. *Journal of Adolescence Health, 42*, 28-35.

Herrero, J. (2004). La perspectiva ecológica. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Hill, P.L. & Lapsley, D.K. (2010). Subjective invulnerability, optimism bias and adjustment in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. *39*(8), 847-857.

Hipwell, A.E., White, H.R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Chung, T. & Sembower, M.A. (2005). Young girls' expectancies about the effects of alcohol, future intentions and patterns of use. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 630-639.

Isorna, M. & Saavedra, D. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Jester, J.M., Wong, M.M., Cranford, J.A., Buu, A., Fitzgerald, H.E. & Zucker, R.A. (2014). Alcohol expectancies in childhood: change with the onset of drinking and ability to predict adolescent drunkenness and binge drinking. *Addiction*.

Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. & Ramos, P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *Adicciones*, *22*(3), 253-265.

Komro, K.A., Tobler, A., Maldonado-Molina, M.M. & Perry, C. (2010). Effects of Alcohol Use Initiation Patterns on High-Risk Behaviors among Urban, Low-Income, Young Adolescents. *Prevention Science*, *11*(1), 14-23.

Kosterman, R., Hawkins, J.D., Spoth, R., Haggerty, K.P. & Zhu, K. (1997). Preparing for the «Drug Free Years»: Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions. *Journal of Community Psychology, 25*, 337-352.

Kumpfer, K.L., Alvarado, R. y Whiteside, H. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance Use and Misuse, 38*, 1759-1787.

Laespada, T. & Elzo, J. (2007a). Consumo de alcohol de los adolescentes: Hablando de cifras y datos. En E. Megías (Ed.), *Adolescentes ante el alcohol*. Barcelona: Fundació La Caixa.

Latendresse, S.J., Rose, R.J., Viken, R.J., Pulkkinen, L., Kaprio J. & Dick, D.M. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, *32*(2), 322-330.

Lázaro, S., Campo, A.D., Carpintero, E., & Soriano, S. (2009). Promoción de recursos personales para la prevención del consumo abusivo de alcohol: reflexión desde las características del consumo adolescente. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, *30*(2), 117-124.

Lee, C.M., Geisner, I.M., Patrick, M.E. & Neighbors, C. (2010). The social norms of alcohol-related negative consequences. *Psychology of addictive behaviors*, *24*(2), 342-348.

Lila, M. & Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema, 15*, 301-319.

Lindstrom, M. (2006). Psychosocial work conditions, social participation and social capital: A causal pathway investigated in a longitudinal study. *Social Science and Medicine, 62*, 280-291.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Lloret, D., Segura, M. & Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Health and Addictions*, *8*(2), 119-135.

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

Lorence, B., García, L.J. & Suárez, L.A. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenir para Vivir Evaluation of the Implementation of Two School-based Drug Prevention Programmes in Andalusia. *Revista de Educación*, *358*, 334-356.

Mackintosh, A.M., Earleywine, M. & Dunn, M.E. (2006). Alcohol expectancies for social facilitation: A short form with decreased bias. *Addictive Behaviors, 31*, 1536-1546.

March, J.C., Danet, A., Prieto, M.A., Martín, A., López, M. & Luque, N. (2013). Acceptability and Impact of Measures Regulating Alcohol Consumption Among Adolescents in Spain: Opinions of Adolescents, Parents, and Teachers. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *22*(4), 321-339.

March, J.C., Prieto, M.Á., Danet, A., Suess, A., Ruiz, P. & García, N. (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, *44*(9), 527-531.

Martínez-Álvarez, J.L., Fuertes, A., Ramos, M. & Hernández-Martín, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: Importancia del afecto y de la supervisión parental. *Psicothema, 15*, 161-16.

McCombs, M. (2005). A look at agenda-setting: Past, present and future. *Journalism Studies*, *6*, 543–557.

McMorris, B.J., Catalano, R.F., Kim, M.J., Toumbourou, J.W. & Hemphill, S.A. (2011). Influence of family factors and supervised alcohol use on adolescent alcohol use and harms: similarities between youth in different alcohol policy contexts. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *72*(3), 418.

Megías, E., Elzo, J., Rodríguez, E., Megías, I. & Navarro, J. (2006). jóvenes, Valores, Drogas. Megías E. y Elzo, J. (coord.). Madrid: MSCFAD-Caja Madrid. FAD.

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

Minnebo, J. & Eggermont, S. (2007). Watching the young use illicit drugs: Direct experience, exposure to television and the stereotyping of adolescents' substance use. *Young*, *15*, 129-144.

Moliner, M.A. (1998). *Marketing social: La gestión de las causas sociales*. Madrid: Esic.

Moon, S.S. & Rao, U. (2011). Social activity, school-related activity, and anti-substance use: Media messages on adolescent tobacco and alcohol use. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *21*(5), 475.

Moral, M.V., Rodríguez, F.J., Ovejero, A. & Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones, 21(3),* 207-219.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Moral, M.V. & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, *10*(1), 71-87.

Moreno, M.A., Briner, L.R., Williams, A., Brockman, L., Walker, L. & Christakis, D.A. (2010). A Content Analysis of Displayed Alcohol References on a Social Networking Web Site. *Journal of Adolescent Health*, *47*(2), 168-175.

Morgan, M. & Shanahan, J. (2010). The state of cultivation. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, *54*(2), 337-355.

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

Moya, M. (1999). Persuasión y cambio de actitudes. En J.F. Morales (Ed.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.

Musitu, G. (1998). La indisociabilidad de la intervención comunitaria y de la perspectiva ecológica. *Informació Psicològica, 66*, 4-9.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.

Musitu, G. & Pons, J. (2010). Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad. En J. Elzo (Ed.), *Hablemos de alcohol* (pp. 137-170). Madrid: Entinema.

Palacios, J.R. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana, 20*(1), 29-39.

Paricio Esteban, P., Rodríguez Luque, C., Sanfeliu Aguilar, P. & Núñez-Romero, F. (2011). Las revistas para adolescentes como mediadoras sociales. Una aproximación al tratamiento de las drogas en 2008 y 2009. *Doxa Comunicación. Revista interdisciplinar de estudios de Comunicación y Ciencias Sociales*, *12*, 13-38.

Paschall, M., Grube, J. & Kypri, K. (2009). Alcohol control policies and alcohol consumption by youth: a multi-national study. *Addiction*, *104*(11), 1849-1855.

Pérez, A., Redondo, M., Mesa, I., Jiménez, I., Martínez, M.L. & Pérez, R. (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención primaria*, *42*(12), 604-611.

Pérez de Arróspide, J. (1998). Drogodependencias: La prevención desde y con la familia. En J.A. García-Rodríguez y C. López-Sánchez (Eds.), *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Síntesis.

Pilatti, A., Cassola, I., Godoy, J. & Brussino, S. (2005). Validez factorial del «Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol». En J. Vivas (Ed.), *Las ciencias del comportamiento en los albores del siglo xxi*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Pilatti, A., Godoy, J.C. & Brussino, S.A. (2012). Análisis de factores que influyen sobre el uso de alcohol de niños: un path análisis prospectivo. *Health and Addictions*, *12* (2), 155-192.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Pinazo, S. & Pons, J. (2002). La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: Un estudio empírico. En J.R. Fernández-Hermida y R. Secades (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Poelen, E., Scholte, R., Willemsen, G., Boomsma, D. & Engels, R. (2007). Drinking by Parents, Siblings, and Friends as Predictors of Regular Alcohol Use in Adolescents and Young Adults: A Longitudinal Twin-Family Study. *Alcohol and Alcoholism. 42*(4), 362-369.

Pons, J. (2001). Actitudes hacia el alcohol, conocimientos sobre sus efectos y consumo alcohólico en los adolescentes. En V. Martínez-Vizcaíno y R. Bartolomé (Eds.), *Alcoholismo: Bases para la intervención*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Pons, J. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, *4(2)*, 157-186.

Pons, J. & Berjano, E. (1996). El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias, 21*, 229-244.

Pons, J. & Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Pons, J. & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention, 20*(1), 75-94.

Pons, D., Queralt, A., Mars, L., García-Merita, M. & Balaguer, I. (2010). Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *42*(2), 237-250.

Raithel, J. (2006). Adolescents' experiences with upbringing and lifestyles. *Zeithscrift fur Padagogik, 51*, 568-584.

Randolph, K.A., Gerend, M.A. & Miller, B.A. (2006). Measuring alcohol expectancies in youth. *Journal of Youth and Adolescence, 33*, 939-948.

Recio, J.L. (1999). Familia y escuela: Agencias preventivas en colaboración. *Adicciones, 11*, 201-207.

Rideout, V.J., Foehr, U.G. & Roberts, D.F. (2010*). Generation M²: Media in the Lives of 8- to 18-Year- Olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.

Robledo, T. (2002). Alcohol y reducción de daños: políticas institucionales. *Trastornos adictivos*, *4*(4), 233-243.

Rodríguez, E. & Megías, I. (2002). jóvenes y Relaciones grupales. Dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio. Madrid: FAD e INJUVE.

Rodríguez, E. & Megías, I. (2007). jóvenes en los medios. La imagen mediática de la juventud, desde su propia mirada. Madrid: FAD eINJUVE.

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

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

Salvador, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo, 77*, 18-24.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Sanabria, P.A., González-Quevedo, L.A. & Urrego, D.Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: Estudio exploratorio. *Revista Med, 15*, 207-217.

Scull, T.M., Kupersmidt, J.B., Parker, A.E., Elmore, K.C. & Benson, J.W. (2010). Adolescents' Media-related Cognitions and Substance Use in the Context of Parental and Peer Influences. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*, 981-998.

Secades, R., García-Rodríguez, O. & Fernández-Hermida, J.R. (2006). Bases científicas de la prevención del consumo de drogas. En F. López-Ríos (Ed.), *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. Almería: Universidad de Almería.

Sotirovic, M. (2003). How individuals explain social problems: The influences of media use. *Journal of Communication*, *53*(1), 122-137.

Suárez, C., Del Moral Arroyo, G., Musitu, G. Sánchez, J.C. & John, B. (2014). Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes. *Atención Primaria, 46*(7), 326-335.

Suárez, C., Del Moral Arroyo, G., Musitu, G. & Villarreal, M. E. (2013). Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes: ¿qué dicen los expertos? *Health & Addictions*, *13*(2), 99-108.

Talor, N., Cohen, J., Tsfati, Y. & Gunther, A. C. (2009). *Testing Causal Direction in the Influence of Presumed Media Influence*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Marriott, Chicago.

Tankard, J.W. (2001). *The empirical approach to the study of media framing*, pp. 95-106 en Reese, S. D. Gandy, O. H. y Grant, A. E. (Eds.): Framing public life. Perspectives on media and our understanding of the social world. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Trujillo, A., Pérez, A. & Scopetta, O. (2011). Influencia de variables del entorno social sobre la ocurrencia de situaciones problemáticas asociadas al consumo de alcohol en adolescentes. *Adicciones, 23*(4), 349-35.

Trujillo, H.M., Vargas, C. & Martínez-González, J.M. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes. *Universitas Psychologica, 12*(3).

Van Hoof, J.J., De Jong, M.D.T., Fennis, B.M. & Gosselt, J.F. (2009). There's alcohol in my soap: portrayal and effects of alcohol use in a popular television series. *Health Education Research*, *24*(3), 421–429.

Varlinskaya, E.I., Spear, L.P. & Spear, N.E. (2001). Acute effects of ethanol on behavior of adolescents rats: Role of social context. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 25*, 377-385.

Williams, L., Egginton, R. & Parker, H. (2002). «Going out drinking»: the centrality of heavy alcohol use in English adolescents leisure time and poly-substance-taking repertoires. *Journal of Substance Misuse, 7*, 125-135.

Wills, T.A., Sargent, J.D., Gibbons, F.X., Gerrard, M. & Stoolmiller, M. (2009). Movie exposure to alcohol cues and adolescent alcohol problems: a longitudinal analysis in a national sample. *Psychology of Addictive Behaviour*, *(23)*1, 23-25.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Wray-Lake, L., Crouter, A.C. & McHale, S.M. (2010). Developmental patterns in decision-making autonomy across middle childhood and adolescence: European American parents' perspectives. *Child Development, 81,* 636-651.

Zamboaga, B.L. (2005). Alcohol expectancies and drinking behaviors in Mexican American college students. *Addictive Behaviors, 30*, 673-684.

Zucker, R.A., Donovan, J.E., Masten, A.S., Mattson, M.E. & Moss, H.B. (2009). Developmental processes and mechanisms. *Alcohol Research and Health*, *32*, 16-29.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 2

La necesidad de comprender el consumo de alcohol entre la juventud y los/as adolescentes

J. Elzo

La juventud, a principios de los años 80, se hizo propietaria del uso del alcohol como símbolo de identidad juvenil y modo de diversión. Abrazó algunas costumbres de sus mayores y las adaptó y transformó hasta no parecerse en nada al modo de beber de sus adultos. Los nuevos modos de beber juvenil, junto a una evidente ocupación del espacio público y de los nuevos espacios de ocio juveniles despertaron los mecanismos de alerta social, siempre más tardíos, tanto que cuanto comenzó a hablarse del consumo de alcohol juvenil, el fenómeno en vez de hallarse en la vanguardia era una popularización casi masiva entre el colectivo juvenil.

Se ha sostenido, quizás con razón, que estemos hablando del peaje a pagar a la sociedad del bienestar (Eusebio Megías). No es casual que el incremento en el uso de las sustancias, sean legales o ilegales, se haya ido produciendo en sintonía con nuestro avance económico y mejoría en las condiciones de vida de la población española. Pero las tasas de consumo de alcohol no son, ni mucho menos, las más elevadas que se han registrado en España. Ha habido épocas, cuyas tasas de consumo indicaban la existencia de un importante núcleo poblacional masculino consumiendo mucho alcohol, ya que entonces a las mujeres les estaba socialmente vetado el consumo.

Cualquier fenómeno social por importante que sea, se magnifica aún más cuando la población afectada es joven. Pero es necesario entender que las razones por las que los adolescentes actuales beben se

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

encuentran lejos de situarse mas allá de su mundo proxémico, porque lo dice el grupo de amigos o porque es lo que hay que hacer. Mas bien se debe a que es una imposición del modelo cultural dominante que trasciende de los adolescentes y o de cualquier colectivo concreto y se traslada al intangible cultural, porque beber es divertirse y hemos entronizado la diversión y el placer como la meta misma de la vida.[1]

Beber forma parte de la diversión y así nos hemos empeñado en socializarles. ¿acaso no se brinda con alcohol los mejores acontecimientos de la vida de las personas? La población adolescente es heredera de las pautas culturales de sus mayores que les han socializado en ellas, incluso también en el uso de la noche, de la mitificación del espacio nocturno, sólo que lo hacen eruptivamente, en esencia como es la adolescencia y la juventud.

El alcohol se lleva a cabo en el tiempo de ocio, en definitiva, en los espacios de gestión autónoma de la población adolescente y juvenil. También les hemos transmitido que en los estudios (la escuela) y la familia las normas podrán negociarse pero son las que se establecen desde la población adulta, mientras que el tiempo de ocio, de las relaciones horizontales ellos y ellas deberán establecer sus propias normas de funcionamiento que permitan la diferenciación social. Y esta diferenciación social es la que buscan los jóvenes al hacer una distribución distinta del huso horario que el que se realiza desde el mundo adulto. No obstante, y también aquí hay que decirlo, tampoco es novedoso ni de nuevo cuño la utilización del horario nocturno por parte de la población juvenil. En épocas pretéritas y no tanto, la noche se reservaba para unos pocos, aquellos que podía permitirse el lujo de disfrutarla, lo que indicaba un cierto estatus porque al día siguiente no tenían la obligación de madrugar.

Dicho todo esto, resulta más fácil comprender el trinomio jóvenes, alcohol y noche. El uso de la noche y del alcohol son elementos integradores para la población joven, son elementos que se han configurado esenciales para el paso por la etapa juvenil. En la medida que se asuma esta cuestión con cierta seguridad seremos capaces de asumir que no van a existir normativas o imposiciones que puedan ayudar a desligar estos tres elementos.

---

[1] Los estudios de valores de los españoles lo confirman plenamente. Vease, por ejemplo, Javier Elzo y María Silvestre (dirs), Iratxe Arístegui, Miguel Ayerbe, Edurne Bartolomé, Javier Elzo, Francisco Garmendia, José Luis Narvaiza, Raquel Royo, María Luisa Setién, María Silvestre, Manuel M.ª Urrutia, *Un individualismo placentero y protegido*. *Cuarta Encuesta Europea de valores en su aplicación a España*. Edit. Universidad de Deusto. 411 páginas, Bilbao 2010.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Sin embargo, esto no invalida tres verdades fundamentales: primera, por cuestiones básicas de convivencia social deben respetarse los ciclos de descanso nocturno y de medidas higiénicas de las calles; segunda, existen riesgos asociados al consumo abusivo de alcohol por parte de la población joven que debe disminuirse al máximo; y, tercero, no puede tolerarse que la población adolescente acceda al alcohol de forma masiva, es más, la limitación al acceso del consumo de alcohol por parte de los menores debería ser una cuestión a la que dedicar esfuerzos institucionales continuados.

Respecto al primer aspecto, tras la constatación de que el consumo excesivo, público y nocturno de alcohol es causa de graves daños, individuales y sociales, para el bebedor y para el resto de la sociedad, e inmediatos para el hábitat en el que se bebe, habría que potenciar el principio ético de que hay modos irresponsables de beber que son intolerables en una sociedad que pretende potenciar la tolerancia y respeto a los demás. O, mejor, habría que darle la vuelta diciendo que, así como hay, por poner un ejemplo sencillo y reiterado, modos responsables de conducir, los hay también de beber. Aquí la labor de la familia y de la escuela son capitales.

Respecto al segundo punto, es necesario comenzar a dar la vuelta a algunos programas preventivos. Es cierto que la población juvenil (en este caso pensamos en los mayores de edad) deben manejar información mucho más certera y veraz de lo que supone el consumo de alcohol, de los límites y de la cantidad que ingieren, así como el modo de reducir algunos riesgos asociados al consumo de tal forma que se protejan de sus consecuencias, sean estas las que sean.

Dediquemos algunas líneas más al tercer aspecto al que consideramos importante, dada la temática de este capítulo. No hace tantos años que a consecuencia de la nueva valoración de los riesgos asociados al consumo de alcohol se inició la retirada de la familia en la «educación en el consumo de alcohol». Esto significaba que los padres y madres de entonces asumieron con cierta facilidad que el alcohol no debía ser suministrado a menores por el daño que producía a su salud, hasta entonces y en bastantes hogares españoles, existía la tradición de ofrecer vino con agua en las comidas a los niños o un vino dulce en momentos de enfermedad. Sin embargo, las consecuencias de una medida de protección a la salud inicial también ha producido que la población adolescente no reciba ningún tipo de educación sobre el uso del alcohol. Así, todas las instituciones socializadoras oficiales se han retirado de la educación en el buen uso del alcohol y el único mensaje que se transmite es que no beberán hasta ser mayores de edad, algo absolutamente irreal a tenor de los resultados de nuestras investigaciones.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Luego el adolescente se enfrenta a una paradoja curiosa. Desde su infancia aprende que el alcohol es un elemento con significación festiva y de celebración. El alcohol reúne a su alrededor a no pocos acontecimientos familiares, pero a los menores se les veta el uso de alcohol, no pueden beber en sus hogares, ni tan siquiera de forma gastronómica, luego no aprenden a usar el alcohol. Nadie les ofrece las mínimas instrucciones sobre cómo beber y cómo degustar el alcohol. Sin embargo, adquirida la edad de las pequeñas libertades y salidas con amigos y amigas, la población adolescente se encuentra que en el mundo de los iguales el alcohol es un vehículo conductor, también de fiesta y diversión, de hacerse mayor, de mostrar su autonomía y también de experimentar con sus riesgos y sus límites. Entonces solo los amigos y su propia experimentación le enseñan los «secretos» de los brebajes, los remedios y pócimas para superar una mala borrachera.

Es difícil negar la evidencia. La inmensa mayoría de la población adolescente accede a su mayoría de edad habiéndose iniciado en el consumo de alcohol en diversos grados de ingesta, pero mucho nos tememos que con los conocimientos adquiridos por la experimentación y el intercambio entre colegas, por lo tanto, con enormes desconocimientos de la sustancia que manejan. Con esto no afirmamos que dado que sabemos que consumen, vamos a facilitarlo, ni mucho menos. Creemos que no podemos renunciar a evitar el consumo en edades tempranas y que un retraso en la edad de inicio es un factor de protección para los consumos abusivos, pero también creemos que no puede olvidarse hacer una apuesta seria por una educación sobre el uso del alcohol, quizás recuperando el papel de las familias y el buen uso del beber gastronómico.

El botellón no puede ser entendido como un modo de beber alcohol barato porque tiene sus propios procesos. No es solo eso. Cuando hemos analizado el dinero que destinan al consumo de alcohol, quienes más dinero disponen, más dinero destinan al consumo de alcohol y esto ocurre en todas las edades. Si el botellón únicamente fuera una alternativa a beber barato, esta relación no estaría tan clara. El botellón tiene una funcionalidad festiva innegable, pero también socializadora. Es la búsqueda de contacto y compenetración con los iguales, alejados del control adulto. Esta escenificación en espacio abierto permite la interacción de muchos iguales a la vez. Es el lugar y tiempo en el que se mezclan o pueden mezclarse ideologías, clases sociales, es decir, adolescentes y jóvenes de lugares y ascendencia distinta. A pesar de la mayor repercusión social del botellón, su práctica no se ha elevado sustancialmente entre la población juvenil en los últimos años. Incluso en estos últimos tiempos, sostenemos, hipotéticamente, que está descen-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

diendo. Desde hace un par de años la gente (al menos en el País Vasco) se acuesta antes.

En una sociedad en la que la población adolescente se rodea de seguridades y escasos lugares donde experimentar los límites, el alcohol se ha convertido en un elemento central en sus espacios de ocio y diversión. El juego que se establece para el dominio y control o descontrol en el uso de la sustancia forma parte de los ritos de pertenencia de la población adolescente.

Por ello, precisamente pensamos en la necesidad de elevar los mensajes preventivos desde la perspectiva positiva. Quizás sea el momento de combinar una buena información de riesgo del consumo de bebidas y de efectos de las mismas con mensajes positivos sobre el no uso del alcohol o las ventajas del uso moderado.

Los jóvenes son como son en razón del contexto en el que han crecido. Ya decía en los años veinte del siglo pasado Mannheim que solo la vivencia de experiencias compartidas da lugar a situaciones generaciones. Así, los consumos de alcohol entre adolescentes y jóvenes españoles de hoy se corresponden con una generación que nació en los últimos años del siglo XX, en una sociedad plenamente integrada en la Europa comunitaria, en un país que había cerrado definitivamente su pasado reciente, que despegaba económicamente de forma rápida, lo que condujo a la popularización de medios materiales y tecnológicos a un conjunto muy importante de la población. Son hijos e hijas naturales de la abundancia, de la sociedad de consumo y de la penetración de Internet que les permite saltarse las fronteras espacio-temporales con una naturalidad abrumadora. Es preciso no olvidar esto en el momento actual que vivimos en medio de una crisis interminable pero que no todos la padecen y gestionan de la misma manera.

Los jóvenes de hoy son miembros de una generación muy escasa en cuanto a número de miembros, porque sus padres y madres decidieron tener pocos hijos, uno, o a lo máximo dos, la mayoría, con lo que muchos son hijos únicos, lo que, conforma en ellos, una visión muy particular de cuanto acontece a su alrededor y muy diferente de aquellas generaciones de familias superpobladas, especialmente porque todo aquello que es escaso se protege. Son, también, chicos y chicas que viven con igual naturalidad la incorporación de sus madres al trabajo como la de sus padres.

La generación de sus padres, que vivió de lejos la transición política española, fue la protagonista indiscutible de los años 80 donde se aplicó en España la máxima de mayo del 68 del «prohibido prohibir». Fueron quienes comenzaron a diferenciar los fines de semana y el tiempo de entre semana y quienes conquistaron la calle para el uso y disfrute del fin

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de semana y como espacio propio e indiscutible de la juventud. Conquistaron los espacios de hostelería reservados hasta entonces para la población adulta masculina y se incorporaron las chicas a estos espacios.

Aquellos adolescentes y jóvenes son los padres y madres de los actuales, por lo que el comportamiento de sus hijos no les es ajeno. Se sienten identificados con ellos, a pesar de que muchos lo nieguen y vuelcan sus temores, sus miedos y sus inseguridades que muchos aparcaron en su paso a la época más juvenil y adulta que resurge con virulencia al ver crecer a sus hijos adolescentes.

Es importante señalar esto para entender por qué existe una cierta connivencia social con el consumo de alcohol de los menores, por qué existen dificultades para hacer cumplir una legislación que en otros casos no establecería ni media duda, por qué a pesar de las prohibiciones, de las campañas preventivas, de los esfuerzos gubernamentales y de muchas entidades de prevención, el alcohol participa de la cultura adolescente.

Así el alcohol es una sustancia de acceso fácil y sin restricciones. La mayoría confiesa acceder al mismo con facilidad, especialmente entre aquellos que ya hacen uso de la sustancia, aunque existan impedimentos legales para su acceso. Diríamos que para ellos es una sustancia legal y de acceso extendido y popular.

Algunos datos actualizados de consumo de alcohol en los jóvenes

La ultima información de la que disponemos a nivel español sobre los niveles de consumo de alcohol de los adolescentes y jóvenes españoles nos lo ofrece un estudio realizado por el Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud, creado por la FAD, titulado *Jóvenes y Valores I*[2] cuya primera parte, la parte cuantitativa del estudio, se presentó en Madrid el 2 de septiembre de 2014.

[2] Javier Elzo Imaz (codirector) y Eusebio Megías Valenzuela (codirector); Juan Carlos Ballesteros Guerra, Miguel Ángel Rodríguez Felipe, Anna Sanmartín Ortí: *Jóvenes y Valores I: un Ensayo de Tipología*. Puede consultarse en su integridad en la web de la FAD, entrando en los documentos del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. Para el País Vasco remitimos al trabajo María Teresa Laespada y Javier Elzo (edición a cargo de), *Drogas y Escuela VIII. Las drogas entre escolares de Euskadi treinta años después.* Elisabete Aróstegui; Javier Elzo; Jesús Gazapo; Juan Manuel González de Audíkana; María Teresa Laespada; Ana Martínez Pampliega; Izaskun Sarabia; Josu Solabarrieta. Universidad de Deusto, Bilbao 2012, 475 páginas (Cuestionario bilingüe incluido).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

En lo que se refiere al consumo de alcohol los datos obtenidos son los que se recogen en la Tabla siguiente donde se comparan los consumos del año 2006 con los de 2014 (fecha de trabajo de campo octubre-noviembre de 2013).

	2006	2014
No lo he tomado nunca	9,0	14,1
Una o dos veces en mi vida	6,8	7,2
Lo he tomado pero ya no	4,1	2,6
Tres o cuatro veces al año	7,5	12,3
Los fines de semana y vacaciones	63,8	58,1
Todos o casi todos los días	7,0	5,2
Nunca, pero consumiré más adelante	0,5	0,5
NS/NC (no leer)	1,3	0,1
Total	100,0	100,0

Encontramos un 14,1 % de jóvenes que señalan no haber consumido nunca alcohol, a los que añadir un 0,5 % que indican que no lo han consumido pero lo harán. Los primeros suponen un significativo 5 % más que 8 años antes. Un 7,2 % lo ha probado una o dos veces en su vida, porcentaje muy similar al de 2006; un 12,3 % dice consumirlo tres o cuatro veces al año (cinco puntos más que en la anterior investigación), y con consumos más habituales encontramos un 58,1 % que declara consumirlo los fines de semana o vacaciones (ligeramente por encima de cinco puntos menos que hace ocho años) y un 5,2 % de los jóvenes declara un consumo muy habitual, prácticamente diario.

Los datos muestran, pues, una tendencia general a la reducción del consumo juvenil de alcohol en estos ocho años, que se evidencia especialmente en los consumos más habituales que, aún manteniéndose en cifras elevadas, sufren una pequeña reducción, que contrasta con el ligero incremento que apreciamos en consumos más puntuales (tres o cuatro veces al año, especialmente).

Añadamos que entre los que consumen alcohol los «fines de semana», «a diario» o «casi a diario», hay un porcentaje ligeramente superior de chicos (65,4) sobre las chicas (61,2); a medida que avanzamos en edad, durante la adolescencia, aumenta el consumo para estabilizarse prácticamente en los 18 años de edad, edad legal en la que pueden beber públicamente, en cifras que rondan el 70 % de jóvenes que beben en las altas intensidades que hemos señalado. Pero hay que remarcar que el 30,4 % los adolescentes en edades comprendidas en

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

los 15 y 16 años de edad beben «los fines de semana», «a diario» o «casi a diario» y que la cifra sube al 68,8 % entre los que tienen 17 y 18 años de edad.

No hay diferencias según sus inclinaciones políticas; los menos bebedores son los que pertenecen a otra religión que la católica (luego en muchos casos los inmigrantes), y los que más beben los que se dicen ateos o de intensidad religiosa baja (aunque aquí la variable edad puede ser antecedente). En fin, hay más bebedores entre los que provienen de la clase social alta y media alta que los que son de clase social baja o media-baja.

Es sabido por otra parte que la legislación vigente, la cual es muy concreta, señala que solo pueden consumir alcohol los mayores de 18 años. La consecuencia es obvia: no habrá ley incumplida en mayor grado que esta en el momento actual, en España. Y, a tenor de lo que hemos explicado líneas arriba, de difícil cumplimiento, por no decir de imposible cumplimiento. La sociedad no se cambia por decreto ley.

Sin embargo, debe ser un objetivo irrenunciable, modificar unos hábitos de conducta y consumo en los adolescentes que generan consecuencias muy dañinas para ellos mismos y, dados los usos y costumbres de consumo en la vida pública, también para los ciudadanos próximos a los lugares de esparcimiento juvenil.

Hay que ir a la raíz del modo de beber adolescente, lo que supone hablar del modelo de sociedad en el que están creciendo, sociedad asentada sobre la ética del individualismo del presente y la incertidumbre del futuro, (ya antes de la actual crisis de 2008). En este marco colectivo e individual de búsqueda de puntos de referencia y gratificación, en ese equilibrio entre la incertidumbre y la prescripción de la libertad, los adolescentes se acomodan.

El alcohol —nos guste o no nos guste— es un elemento instrumental en su proceso de crecer. El consumo de alcohol es rito y es provocación a la vez. Es rito porque se consume con tanta naturalidad y asunción dentro de las pautas culturales que no necesita sostenerse en otras justificaciones. Se hace sin argucias, sin ninguna justificación siendo en cambio lo que justifica muchos comportamientos; por ejemplo, el uso de vehículo, la transgresión de normas de comportamiento como consecuencia de su uso. Es rito porque se ritualiza el modo en que se desarrolla el consumo, las pautas de comportamiento frente al alcohol son y deben ser conocidas por los componentes del grupo (dónde comprar, qué comprar, cómo comprar, cómo beber, qué mezclas hacer, etc.). De hecho, no conocer estos ritos excluye del grupo a quien las ignora o debe aprenderlas con celeridad porque es un elemento integrador.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Pero también es provocación. Porque en una sociedad donde los espacios formales (escuela, actividades extraescolares diversas) se encuentran tan procedimentadas, donde las seguridades se anteponen al posible riesgo, a los jóvenes, les dejamos poco espacio para la experimentación, para correr sus propios riesgos, para provocar a la sociedad, para marcar distancia con lo que les indican sus adultos.

El alcohol tiene una funcionalidad innegable entre la población adolescente ya que permite jugar con los límites de lo permitido y lo no permitido dentro de las posibilidades configuradas socialmente. Ya hemos dicho que es una sustancia de fácil acceso y cuyo uso por parte de la población adolescente se sostiene sobre el doble mensaje que reciben de la población adulta. Por un lado se maneja el discurso de lo prohibido para la protección de su salud, de lo vetado por cuestión de edad lo que hace más atractivo a ojos adolescentes su transgresión, pero también se mira con ojos comprensivos esta transgresión, de tal suerte que ha venido a configurarse como una de las normas que permitimos que no sea cumplida. La sociedad prevé que la normativa prohibicionista del consumo de alcohol puede ser trasgredida y la mirada se vuelve hacia otro lado para «hacer que no vemos» y no incurrir así en nuestra propia contradicción. Es el límite que dejamos que se salten, quizás con el mensaje subliminal nunca expresado de «más vale que beban, al fin y al cabo es nuestra sustancia, a que se dediquen a otras cosas más peligrosas» y para maquillar esta realidad argumentamos con idéntico argumento adolescente, es la fuerza de la masa, todos lo hacen. Mas aun, pensamos los adultos, también nosotros lo hicimos cuando éramos como ellos, adolescentes y jóvenes. Poco importa que no sea rigurosamente exacto. Incluso bebíamos más al cabo de la semana, pero lo hacíamos mas espaciado, todos o casi todos los días y también en la mesa familiar, pero no es menos cierto que la actual población adulta ha modificado su forma de beber, concentrándola en los fines de semana. Imitando y reproduciendo así los actuales modos de beber de los adolescentes con lo que la pregunta que cabe formularse es la de saber quién está socializando a quién en la España de hoy a la hora de analizar los consumos festivos de alcohol.

En todo caso sería improcedente ofrecer una imagen culpabilizante, presentando al adolescente de hoy como un ser antinormativo solo interesado en emborracharse. En la literatura científica en ciencias sociales es fácil encontrar mas de una y dos tipologías de adolescentes que muestran que, entre ellos, hay diferencias individuales notables que están relacionadas con las prioridades de valor y que explican diferentes niveles de riesgo de consumo abusivo. Por otra parte hay que señalar

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

que la conducta del consumo abusivo de alcohol está demasiado extendida entre la población juvenil como para concluir que pudiera responder solamente a motivaciones antinormativas. Además, la supuesta anomia no es tanta, si consideramos la adhesión a las normas del grupo y que su conducta refleja, en realidad, determinados valores de la sociedad. El consumidor adolescente no es simplemente un gamberro, ni ocupa todo su tiempo en beber. Aunque, manifiestamente bebe demasiado. Con algunas consecuencias que, muchas, no son precisamente positivas, como es bien sabido.

Los riesgos para la salud de un consumo improcedente

Hablando de la salud de las personas, en la última década diferentes estudios científicos han demostrado efectos beneficiosos del consumo moderado de alcohol sobre distintas patologías[3]. Así sobre el aparato cardiovascular, en concreto sobre el riego de hipertensión, ateroesclerosis, cardiopatía isquémica y la posibilidad de padecer insuficiencia cardiaca de este origen. Lo mismo ocurre con el accidente cerebro vascular o ictus isquémico.

Sin embargo los efectos negativos para la salud de los consumos excesivos, así como en algunas personas concretas, (niños y menores, mujeres embarazadas, ancianos, personas obesas o que padezcan determinadas enfermedades…) deben ser resaltados en detalle. Señalemos aquí, sin pretensión de exhaustividad, la reducción de las capacidades de rendimiento y asociativas, torpeza motora y al andar (ataxia), falta de equilibrio y disminución de los reflejos, sedación y descenso del rendimiento psicomotor, así como de la capacidad de conducción o manejo de maquinaria, etc.

En el marco de este trabajo hay que añadir que, en la población adolescente, aparece no raramente un cuadro de intoxicación específico de este grupo de edad: la intoxicación atípica o intoxicación patológica en la que se produce una excitación súbita grave con comportamiento irracional o violento incluso después de haber ingerido

[3] Sigo aquí el capítulo 6 de Arturo Fernández Cruz y Javier Marco, titulado «Dimensión médica de los consumos de alcohol en los menores españoles» en el estudio de Javier Elzo (coord.). Laespada M.T., Choquet M., Elzo J., Megías E., Marina J. A., Fernández-Cruz A., Marco J., Musitu G., Pons J., Gómez, J. D., Campuzano A., Sedano J., Altarriba i Mercader F. X., *Hablemos de alcohol. Por un nuevo paradigma en el beber adolescente.* Fundación Alcohol y Sociedad. Edit. Entimema. Madrid 2010. colectivo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

pequeñas dosis de alcohol. Además, en su caso, es preciso señalar que dado que el consumo de alcohol está asociado en muchas ocasiones al de diferentes drogas —el tan conocido fenómeno del policonsumo que se constata una y otra vez y se comprueba en los últimos trabajos entre adolescentes reseñados en este trabajo—, se agravan poderosamente los efectos nefastos para la salud.

De ahí la necesaria batería legislativa cuyo detalle comunitario, español y específico a las comunidades autónomas, así como a los ayuntamientos, puede encontrarse en mil y un trabajos e Informes[4]. Ya hemos indicado la prohibición de la venta de alcohol a menores de 18 años con los resultados, en los consumos, que las estadísticas muestran. También se ha fortalecido el control de la publicidad de bebidas alcohólicas con un doble objetivo de «protección de menores» y de evitar el consumo abusivo en todas las edades. Respecto del primero, que aquí nos ocupa, la regulación estaría enfocada a evitar que la publicidad se dirija expresamente a los menores, de forma que no promueva el consumo entre ellos; así mismo, la normativa proveniente de la regulación y la auto-regulación procuraría disminuir la exposición de los menores a la publicidad a través de la restricción de medios y/o de horarios/secciones en estos (por ejemplo, limitando la publicidad en televisión antes de una determinada hora, o prohibiendo la publicidad exterior en cercanía de colegios).

Sin embargo en este punto observamos que hay una tentativa en la legislación vasca de modificar la ley permitiendo la publicidad de bebidas alcohólicas de una graduación igual o inferior a los 20 grados. Consideramos tal medida una sin razón total. Permítasenos recordar que, asesorando lo que sería la primera ley sobre tabaco, alcohol y drogodependencias del Gobierno Vasco, la ley 15/1988, ya tuvimos que luchar para que no se hiciera esta distinción en los ámbitos donde hubiera mayoritariamente menores, así como en los centros deportivos. Recuerdo las palabras de algunos representantes del sector de bebidas alcohólicas y algunos de la hostelería quienes nos hacían saber que la ley no se cumpliría. O se reformaría. Como así ha sido, por ejemplo, en los horarios de cierre de los locales donde se vende alcohol, permitiendo las leyes sucesivas, que pudiera hacerse cada vez en horas más tardías, de tal suerte que la «gaupasa» (pasar la noche entera bebiendo) se convirtió en una costumbre en algunos sectores de la juventud

[4] Nos permitimos remitir al capítulo 8.º sobre «Regulación de las bebidas alcohólicas en España», redactado por José Domingo Gómez, en el estudio de Javier Elzo (coord.), *op. cit*. *Hablemos de alcohol. Por un nuevo paradigma en el beber adolescente.* Fundación Alcohol y Sociedad. Edit. Entimema. Madrid 2010.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

vasca. Ahora se pretende, además, modificar la ley permitiendo la publicidad de bebidas alcohólicas de menos de 20 grados de alcohol, en lugares deportivos o en espacios donde haya muchos menores. De hecho esa es ya la práctica. Lo compruebo desde el balcón de mi domicilio al constatar cómo una conocida marca de cerveza ha logrado hasta el punto de imprimir su presencia en el Jazzaldia de San Sebastián que en el programa se anuncia como la zona de esa marca de bebidas. Ahora se le quiere dar el marchamo de la ley.

La ley en cuyo asesoramiento intervine, la ley 15/1988, era muy clara. He aquí un par de ejemplos:

Artículo IV. 1. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los siguientes locales públicos: A) en los que estén destinados a un publico compuesto predominantemente por menores de 18 años, B) en las Instalaciones y centros deportivos, sanitarios y docentes, y sus accesos.

Artículo IV. 4. No se permitirá la venta o el suministro de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares: A) en los locales y centros predominantemente destinados a un publico compuesto por menores de 18 años. B) en los centros que Impartan enseñanzas básica y media. C) en las Instalaciones deportivas.

La ley que se pretende aprobar en el Parlamento Vasco, en claro retroceso en la lucha contra el consumo de alcohol por menores y en general en el consumo abusivo de alcohol lleva a cabo una distinción entre bebidas según su graduación alcohólica. Pero no hay una sola publicación científica que hable de alcoholes buenos y alcoholes malos para la salud sino de la cantidad de alcohol que se ingiera, siendo indiferente que se trate de sidra, vino, cerveza, txakoli, whisky, o lo que sea. Hay un acuerdo en la comunidad científica de medir la cantidad de alcohol consumida utilizando los gramos de alcohol contenidos en cada bebida consumida (un vaso de vino, un gin tonic, una cerveza, detallando obviamente los centilitros consumidos) y mas recientemente las Unidades de Bebida Estandar (UBE)[5]. Y así, controlado, como debe ser controlado, el alcohol consumido en una cervera y un gin tonic estándar es prácticamente idéntico. Todo el asunto está en el número de cervezas o de gin tonics que se consuma. Mis dos principios en este punto son muy claros desde hace años y repetidos en mil sitios: congresos científicos, como este, libros, conferencias, etc.: «cuanto más tarde mejor y cuanto menos mejor» y la

[5] Es fácil encontrar estas equivalencias. Por ejemplo, en los documentos del Plan Nacional de Drogas, en los de la FAD, en concreto el completísimo trabajo *Todo sobre el alcohol*, en cuya elaboración tuve el placer y el honor de participar.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

apuesta por una «prevención positiva y verídica» que aúne la ley y la educación.

Percepciones ante los riesgos del consumo, ante los precios de las bebidas y ante la legislación sobre el alcohol

Adelantamos aquí unos pocos datos de un estudio sobre *La percepción de las drogas* cuya redacción se está concluyendo estos meses y verá la luz a finales del presente año 2014 o comienzos de 2015. Agradezco a los responsables del Centro Reina Sofía de estudio de la adolescencia y de la juventud que me hayan proporcionado estos datos para ofrecerlos en el XXI Simposium de Deusto del 16 de octubre de 2014, sobre «Consumo de Alcohol entre adolescentes y jóvenes».

El universo del estudio es el conjunto de la población española en edades comprendidas entre los 15 y los 65 años. Trabajan con una muestra de 1408 personas. El trabajo de campo, con entrevista domiciliaria, es de la primavera de 2014.

Me limito a resaltar algunos resultados mayores sin cargar de tablas estas líneas.

La idea de que el consumo de alcohol se puede controlar desciende con la edad. El 26 % de los jóvenes (15-22 años) así lo piensa, cifra que desciende al 16 % a partir de los 50 años. Por el contrario, esa percepción es la misma (20 %) entre los que tienen un consumo nulo o esporádico (1/2 veces al mes como mucho) y los que consumen semanalmente alcohol, subiendo al 25 % entre los que consumen alcohol a diario y al 29 % entre los exconsumidores. Es claro que hay diferencias (más por la edad que por el nivel de consumo) pero tampoco son muy elevadas.

El 31 % de la población española está «muy» o «bastante» de acuerdo con la afirmación de que «el precio del alcohol es asequible». El 22 % no está de acuerdo con esa afirmación y el grueso poblacional, el 47 % no se define: ni de acuerdo, ni en desacuerdo. Limitándonos a los primeros, a los que consideran que «el precio del alcohol es asequible» como era de esperar los jóvenes (15-30 años) son los que bajan el valor medio al 26 % pero a partir de los 31 años, claramente más del 30 % de la población estima que «el precio del alcohol es asequible». Distinguiendo los resultados según el nivel de consumo, quienes no consumen o tienen un consumo esporádico se mantienen en la media (ligeramente a la baja) mientras que los que consumen semanalmente alcohol, estiman su «precio asequible» en un 33 %, quienes lo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

hacen diariamente en un 37 %, y entre los exconsumidores sube hasta el 48 %. O yo leo mal los resultados o el precio del alcohol no se correlaciona con los niveles de consumo.[6]

En fin, la tercera cuestión en la que nos detenemos del trabajo del Centro Reina Sofía es sobre la valoración que les merece a los españoles la actual ley sobre el consumo de alcohol. El 56 % la estiman adecuada, el 30 % la piden mas restrictiva, el 12 % la juzgan demasiado restrictiva y el 2 % piden abolirla. Limitándonos al 56 % que la estiman adecuada digamos que entre los jóvenes (15-30 años) el 54 % la estiman adecuada (luego prácticamente acorde a la media) pero el 20 % la estiman demasiado restrictiva, y alrededor del 21 % demasiado restrictiva. Sin embargo, a partir de los treinta años, aumentan claramente los que las prefieren más restrictivas en detrimento de los que las desearían suavizarlas. En este indicador la edad juega un papel notable y se observa como la juventud desea una ley menos restrictiva. De hecho entre los menores de 18 años, en altísimas proporciones, la ley no es cumplida, como ya mostramos, una vez más, en este mismo texto.

Si nos detenemos en la valoración que realizan de la ley sobre el alcohol según sus niveles de consumo observamos que los acuerdos son más que los desacuerdos en la valoración de la ley. No consumidores, consumidores semanales, y consumidores diarios se mueven en un abanico del 54 % (no consumidores) al 60 % (consumidores semanales) pasando por el 56 % entre consumidores diarios, en sus porcentajes de valoración positiva de actual ley. Los exconsumidores apenas suben al 63 %. Luego no hay grandes diferencias en la valoración de la ley como adecuada a tenor de sus consumos de alcohol. Así mismo, aunque con variantes, en general la población se inclina en un 30 % por una ley mas restrictiva, particularmente entre los no consumidores y los exconsumidores pero también en un 22 % entre los consumidores semanales y los diarios.

En resumen, la valoración de la ley, siendo mayoritariamente aceptada, encuentra mayores criticas (la piden menos restrictiva) entre la población joven (en el 20 % de los jóvenes, recuérdese), siendo menos discriminante la valoración de la ley del alcohol en razón del nivel de consumo aunque aquí hay que destacar que las críticas, pidiendo suavizarla, descienden al 15 %, incluso entre los consumidores semanales o

[6] Los porcentajes de los que estiman estar en desacuerdo con la afirmación de que «el precio del alcohol es asequible» es del 23 % entre los que no consumen o lo hacen esporádicamente; y desciende al 18 % o 19 % entre los bebedores semanales, diarios y exbebedores. Tampoco se ven grandes diferencias, particularmente en las tres últimas categorías que retiene la investigación del Centro Reina Sofia.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

diarios. En otras palabras, no es el cambio de la ley lo que va a motivar cambios en los hábitos de consumo.

La importancia de la educación

Así pues, para abordar con eficacia la situación generada por el consumo abusivo de alcohol por parte de los adolescentes, particularmente, durante los fines de semana y en las vacaciones, no es suficiente, aun siendo imprescindible, la sola actuación reguladora y normativa de los accesos al producto y de la publicitación de los mismos. La labor educativa es clave en los diferentes ámbitos de socialización que están conformando los adolescentes de hoy. Es precisa una actuación integral que abarque los diferentes agentes socializantes y no solamente al modo multifactorial, como un enjambre de acciones independientes entre sí protagonizadas por la familia, la escuela, los medios de comunicación social, las nuevas redes de intercomunicación (las TIC), sin olvidar a los productores de bebidas alcohólicas, sea el que sea el grado de alcohol de los productos que ofrecen, así como la de los hosteleros (debieran aprender de las consecuencias nefastas para sus negocios de los denominados «turismos de borrachera», o mas simplemente de las «borracheras con consecuencias indeseables», siendo el riesgo tanto mayor cuanto más tarde se cierren los establecimientos de venta de bebidas alcohólicas, como venimos mostrando desde hace 20 años) etc., etc. Todos estos agentes son imprescindibles pero debe haber conjunción entre ellos.

De hecho la pura restricción normativa no va a solucionar las cosas mientras el contexto no permita la aplicación de las leyes, ni la pura apelación a la responsabilidad va a ser operativa mientras no haya un auténtico compromiso compartido en los diferentes ámbitos educativos y los mensajes sociales no vayan en la línea de lo que se quiere transmitir. Históricamente, la socialización del consumo alcohólico se hacía en el seno familiar; ahora está en una tierra de nadie que no deja a los adolescentes más alternativas que socializarse entre iguales (y que ha facilitado que esos adolescentes no quieran otra cosa) como hemos mostrado reiteradamente líneas arriba. Por otro lado, la sociedad española parece haber percibido unos problemas de alcohol, limitados a los menores (y, en realidad, cada día más limitados a las molestias que puedan generar en los vecinos y no en las consecuencia para su propio crecimiento, insistimos en ello), que no tendrían nada que ver con la población general, con sus estilos de vida, con los consumos de los adultos; y ello, más allá de lo inexacto que pueda resultar, no favorece precisamente la racionalidad del diálogo preventivo.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

A lo largo de las páginas y capítulos de un reciente libro que coordinamos nosotros mismos y que ya hemos referenciado en estas páginas[7], hemos comprobado cómo se ha utilizado mucha energía y muchos medios humanos y materiales para poner en práctica programas educativos que reduzcan el consumo de alcohol entre los jóvenes. Los datos nos demuestran que los resultados no concuerdan con los esfuerzos ni satisfacen las expectativas. Pero el estudio de estas experiencias, sin embargo, nos proporciona algunas orientaciones de gran importancia que resumimos aquí brevemente:

1. La prevención basada en la «educación del carácter», en el «desarrollo de las fortalezas personales» y en la capacidad para enfrentarse con los problemas y tomar decisiones es la que resulta más eficaz en el ámbito individual. Incluye una educación en valores morales. Esta prevención tiene como objetivo fomentar una «sabiduría del beber», es decir, saber disfrutar responsablemente.
2. La prevención inespecífica debe ser completada con una formación específica, informativa.
3. La prevención dirigida a personas individuales debe completarse con el aumento de los factores sociales de protección. Por esta razón, son muchos los agentes que tienen que intervenir en un modelo educativo integral de prevención: familias, docentes, organizaciones sociales, medios de comunicación, iglesias, etc. El modo más eficaz de organizar todas las acciones dentro de un modelo integrado es elaborar unos planes generales de educación para la prevención del abuso de alcohol a través de los municipios porque tienen la posibilidad de movilizar a toda la ciudadanía. Valorar el buen uso del alcohol y rechazar rotundamente los excesos, desprestigiando la figura del bebedor irresponsable es una meta prioritaria. Es lo que en algunos ámbitos se denomina la prevención positiva.

La educación, ciertamente, no puede resolver todos los problemas sociales, pero parece evidente que sin la educación no se puede resolver ninguno de ellos.

En definitiva, en una sociedad cambiante y acelerada como la nuestra, es preciso definir y objetivar, constante y continuamente, la situación del momento, corregir las alarmas manipuladoras, definir preocupaciones razonables, compartir la responsabilidad, dedicar verdaderos

[7] Javier Elzo (coord.). *Hablemos de alcohol. Por un nuevo paradigma en el beber adolescente.* Fundación Alcohol y Sociedad. Edit. Entimema. Madrid 2010.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

esfuerzos, dialogar buscando un consenso de las diferentes posturas y los diferentes intereses, resistir la tentación de la demagogia, contextualizar los fenómenos en su auténtica dimensión… Si las intervenciones dependen fundamentalmente de la representación social, será necesario alcanzar una representación respecto del fenómeno del consumo de alcohol en los adolescentes que sea más reflexiva y más ajustada a la realidad, y que permita tomar decisiones más eficaces para abordarlo. Es el desafío que la sociedad española tiene por delante al que, modestamente, estamos pretendiendo contribuir desde hace ya 33 años. Con limitado éxito, tenemos que constatar.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 3

Consecuencias neuropatológicas y conductuales del abuso de alcohol durante la adolescencia

J. Montesinos y C. Guerri

Consumo de alcohol por los jóvenes

El consumo de alcohol en España ha registrado en las últimas décadas un importante crecimiento entre la población juvenil y adolescente, convirtiéndose en la droga más consumida por esta población y causando importantes problemas sociales, sanitarios y de salud pública (WHO, 2010). La última Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2012/2013) muestra que la prevalencia del consumo de alcohol entre los jóvenes de 14-18 años es de 81,9% seguida por la de tabaco, 35,3 % y la de cannabis, 26,6%. Otros datos de interés en esta encuesta revelan que: 1) la edad media de inicio en el consumo es de 13-14 años; 2) el 61,3% de los chicos y 62,6% de la chicas practica el consumo intensivo de alcohol, incluyendo el botellón y las borracheras; 3) aumenta la presencia de las chicas, a las edades más tempranas (14, 15 y 16 años) y para patrones de consumo intensivo; 4) los menores obtienen alcohol con mucha facilidad y su percepción de riesgo es escasa.

La inquietud de las autoridades sanitarias por los datos alarmantes del consumo de alcohol por los jóvenes/adolescentes se basa en las evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales que demuestran que el abuso de alcohol durante la adolescencia puede causar deficiencias

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cognitivas y conductuales, que pueden desencadenar en un bajo rendimiento escolar (ver Rev. Guerri y Pascual, 2010). Además, dicho consumo puede predisponer al abuso y dependencia al alcohol en la fase adulta (Grant y Dawson, 1998; Grant *et al.*, 2006).

El cerebro adolescente

Evidencias clínicas y experimentales han demostrado que el cerebro en desarrollo es especialmente vulnerable a los efectos neurotóxicos del alcohol y sus consecuencias suelen ser irreversibles. De hecho, la exposición prenatal al alcohol causa alteraciones estructurales y funcionales permanentes en el cerebro en desarrollo, que se manifiestan con retraso mental, disfunciones cognitivas y conductuales, en mayor o menor grado, en el recién nacido, en el niño o en el adolescente (Guerri *et al.*, 1999). El ejemplo extremo lo observamos en niños con síndrome alcohólico fetal o hijos de madres con altos consumos de alcohol durante la gestación (Alfonso-Loeches y Guerri, 2011).

Durante la última década, el desarrollo de técnicas de resonancia magnética nuclear funcional ha permitido demostrar con claridad que el cerebro adolescente está en fase de desarrollo y su maduración no culmina hasta los 21-25 años (Giedd, 2004; Toga *et al.*, 2006). Durante esta etapa, ciertas áreas cerebrales sufren importantes reestructuraciones y fenómenos de plasticidad, causando cambios morfológicos, funcionales (Dekaban, 1978; Giedd, 2008) y conductuales que conducen a su maduración completa. La inmadurez de ciertas áreas cerebrales se asocia con la impulsividad, búsqueda de nuevas sensaciones ante cualquier estímulo, que junto con la baja percepción de los peligros, hace que la adolescencia sea una etapa que favorezca conductas de alto riesgo.

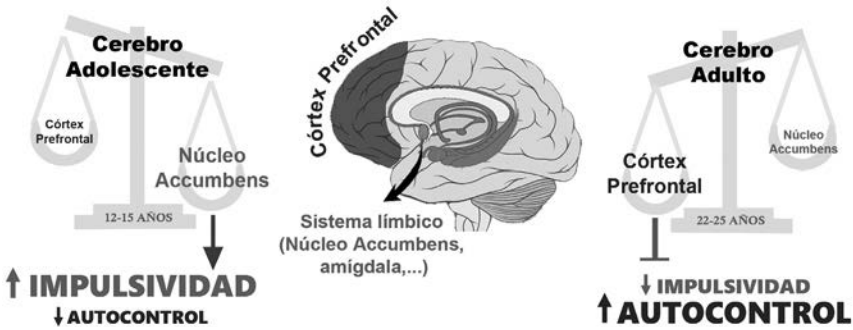
El proceso de maduración cerebral ocurre asincrónicamente, iniciándose en las regiones posteriores y avanzando hacia la zona frontal (Gogtay *et al.*, 2004). De hecho, las regiones límbicas subcorticales, como el estriado, el núcleo *accumbens* (NAc) o la amígdala, involucradas en el sistema de recompensa y encargado de motivar conductas de búsqueda de estímulos placenteros (comida, bebida, sexo), maduran antes que la región cortical prefrontal (CPF), implicada en la toma de decisiones, la planificación y la inhibición de conductas impulsivas (Bava y Tapert, 2010). Este desequilibrio entre las áreas maduras que motivan la búsqueda de recompensa y las áreas inmaduras (CPF), que planifican e inhiben este impulso, favorece que el individuo adopte conductas exploratorias de alto riesgo hacia estímulos novedosos (Hittner y Swickert, 2006). Por ello, la inmadurez de la arquitectura del cerebro, que lo dota

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de alta impulsividad y baja inhibición, se considera una de las principales causas que pueden conllevar al inicio del consumo de alcohol en la adolescencia (Silveri, 2012) (Fig. 1).

Figura 1

Principales áreas cerebrales que maduran durante la adolescencia y su implicación en la conducta



Durante la maduración del cerebro, y en concreto de la CPF, tienen lugar dos procesos importantes: 1) Disminución de la sustancia gris, que se asocia con una reducción de las conexiones neuronales que no se necesitan. Durante el desarrollo del cerebro y en la etapa neonatal se produce una sobreproducción de sinapsis, pero en torno al 50 % de estas se eliminan durante la adolescencia manteniéndose solo las que van a utilizarse, las cuales adquieren una mayor funcionalidad, eficacia y especialización (Lenroot y Giedd, 2006). A su vez, la eliminación de sinapsis supone una reducción del número de neuronas por muerte neuronal, disminuyendo la cantidad de materia gris del cerebro y causando el estrechamiento de la corteza cerebral (Sowell *et al.*, 2010). 2) El segundo proceso importante que ocurre durante la adolescencia es el aumento de sustancia blanca o mielinogénesis. Se sabe que la mielina, sustancia aislante que recubre a los axones, permite aumentar la velocidad de la transmisión sináptica, facilitando su especialización, funcionalidad (Paus *et al.*, 2001), y su capacidad para comunicar información entre las diferentes áreas cerebrales (Salami *et al.*, 2003). Además, la mielinización modula la ritmicidad y sincronía del impulso nervioso, aumentando la complejidad de la comunicación neuronal (Fields y Stevens-Graham, 2002). El proceso de mielinización permite que áreas más alejadas dentro del cerebro tengan una comunicación rápida

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

y efectiva, logrando establecer redes funcionales de mayor complejidad y alcance (Rubia *et al.*, 2007).

El desarrollo cerebral durante la adolescencia no se basa exclusivamente en modificaciones morfológicas y celulares, sino que ocurren también cambios neuroquímicos que juegan un papel importante. Por ejemplo, en el circuito mesocorticolímbico, que comunica la corteza cerebral con el sistema límbico de recompensa, se genera un cambio en el patrón de producción y utilización de la dopamina (DA), un neurotransmisor clave en la comunicación neuronal. De hecho, en la CPF la síntesis y recuperación de DA, así como los niveles de receptores para dopamina y glutamato (Pascual *et al.*, 2009), son mayores durante la adolescencia que en la fase adulta, mientras que en el sistema límbico ocurre lo opuesto (Andersen *et al.*, 1997; Teicher *et al.*, 1993). De nuevo, esta inmadurez neuroquímica puede predisponer a conductas de búsqueda de recompensas, puesto que el circuito mesocorticolímbico forma parte del sistema de recompensa que media la motivación de conseguir recompensas naturales, como comida y bebida, alcohol u otras drogas (Robinson y Berridge, 2003).

La vulnerabilidad del cerebro adolescente a los efectos del alcohol

Estudios en humanos

Numerosos estudios han demostrado que la inmadurez del cerebro adolescente hace que los efectos del etanol sean diferentes en el cerebro adolescente que en el adulto. Así, el adolescente necesita mayores cantidades de alcohol para desarrollar los síntomas negativos del consumo de alcohol, como las alteraciones de la función motora (White *et al.*, 2002), la sedación (Moy *et al.*, 1998) y la veisalgia o resaca (Acheson *et al.*, 1999). Sin embargo, el cerebro adolescente es más susceptible que el adulto a los efectos neurotóxicos del etanol (Pascual *et al.*, 2009; Guerri y Pascual, 2010).

Estudios de neuroimagen funcional ponen de manifiesto que el consumo abusivo de alcohol durante la adolescencia daña al cerebro y altera su maduración y estos eventos se asocian con déficits cognitivos que pueden ser permanentes y mantenerse hasta la edad adulta. Algunos de los efectos que causa el alcohol incluyen las alteraciones en la integridad de la materia blanca (McQueeny *et al.*, 2009) o la actividad funcional de la CPF (Crego *et al.*, 2010). Los estudios de neuroimagen demuestran además que el patrón de consumo en forma de «atracón», «botellón»

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

o *binge drinking,* tan popular entre adolescentes, provoca una reducción en el tamaño del hipocampo (De Bellis *et al.*, 2000, Welch *et al.*, 2013) y de la corteza prefrontal (Medina, *et al.*, 2009; Welch *et al.*, 2013), bajo rendimiento escolar (Carballo *et al.*, 2013) y alteraciones en procesos de memoria (Tapert *et al.*, 2004; Squeglia *et al.*, 2012) que son más acusados cuanto antes comiencen el consumo/abuso de alcohol (Squeglia *et al.*, 2012). Estudios neurofisiológicos en adolescentes han demostrado que el consumo en «atracón» o *binge drinking* disminuye la actividad perceptual, atencional y de toma de decisiones (Maurage *et al.*, 2012). Este tipo de consumo de forma intermitente y caracterizado por alternar altas dosis de alcohol con períodos de abstinencia, evita la neuroadaptación del circuito que conecta la CPF con el NAc y la amígdala (George *et al.*, 2012). De este modo, los animales con un patrón *binge drinking* presentan una desconexión funcional entre estas áreas cerebrales favoreciendo la sensibilización de la CPF y facilita la transición a la dependencia alcohólica. De hecho, el consumo de alcohol o *binge drinking* aumenta el riesgo de tener problemas con el alcohol y dependencia alcohólica en la edad adulta (Grant y Dawson, 1998; Grant *et al.*, 2006).

Como resumen, los principales hallazgos del abuso de alcohol en adolescentes indican que el patrón de *binge drinking* causa: 1) disminución de la actividad de la CPF y deficiencias en funciones ejecutivas, como capacidad de organización y de tomar decisiones; 2) reducción del Hipocampo; 3) alteraciones en la sustancia blanca; 4) reducción del flujo sanguíneo cerebral y deterioro en la capacidad cognitiva y de retener y procesar información; 5) bajos niveles de atención; 6) disminución en el rendimiento académico.

Estudios en animales experimentales

Diversos estudios en modelos animales han mostrado evidencias de la vulnerabilidad del cerebro adolescente a los efectos neurotóxicos del alcohol (Carpenter-Hyland y Chandler, 2007; Pascual *et al.*, 2007). De hecho, en un modelo experimental en ratas adolescentes con un tratamiento intermitente de alcohol, que simula el consumo intensivo o *binge drinking* durante los fines de semana, se observó que se producían cambios en los sistemas dopaminérgicos y glutamatérgicos en la CPF y el NAc en animales adolescentes, mientras que el mismo tratamiento no ocasionaba cambios en los animales adultos (Pascual *et al.*, 2009). Además, el consumo en atracón durante la adolescencia en las ratas aumentaba la preferencia a consumir alcohol durante la fase adulta (Pascual *et al.*, 2009; O'Tousa *et al.*, 2013). Estos estudios coinciden con los traba-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

jos de Grant y Dawson (1998), que demostraban que la edad de inicio del consumo de alcohol se correlacionaba con la prevalencia al abuso y dependencia al alcohol en la etapa adulta. Cuanto antes se comienza a beber, más probabilidad tiene el individuo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol y con otras drogas. En nuestro país, la edad media de inicio del consumo se ha estimado que es de 13,8 años, edad en que se tendría una probabilidad 4-5 veces mayor de tener problemas de abuso de alcohol y alcoholismo que si se inicia a los 21 años. Así mismo, los antecedentes familiares de alcoholismo potencian dicho efecto (Grant y Dawson. 1998; Grant *et al.*, 2006).

Los estudios en modelos animales también han demostrado que los efectos del etanol sobre el cerebro adolescente son permanentes. Así, se ha observado que el consumo intensivo de alcohol en ratas adolescentes tiene efectos a largo plazo, alteraciones morfológicas (Coleman *et al.*, 2014), déficits neurofisiológicos (Ehlers y Criado, 2010), y conductuales en tareas de memoria, aprendizaje y atención (Pascual *et al.*, 2009; Pascual *et al.*, 2012) y de flexibilidad cognitiva (Coleman *et al.*, 2014).

Aunque los mecanismos moleculares de cómo el alcohol afecta la maduración del cerebro adolescente se desconocen, nuestro grupo ha demostrado que el alcohol activa la respuesta del sistema innato inmunitario en las células gliales, causando la liberación de citoquinas y mediadores inflamatorios que inducen neuroinflamación y daño neural (Blanco *et al.*, 2005; Valles *et al.*, 2004). De hecho, la administración de alcohol de forma intensiva e intermitente (*binge drinking*) a animales adolescentes genera la liberación de moléculas inflamatorias (óxido nítrico sintasa inducible, ciclo-oxigenasa 2, citoquinas e interleuquinas) que se relaciona con muerte neural en corteza e hipocampo (Pascual *et al.*, 2007). Este tratamiento también provoca daños en la mielina a nivel molecular y estructural (Pascual *et al.*, 2014; Montesinos *et al.*, 2014) presentando menores niveles de proteínas estructurales de la envoltura de mielina y una conformación aberrante de la misma. De hecho, la administración de inhibidores no esteroideos antiinflamatorios, antes del tratamiento de etanol a ratas adolescentes, evita los daños neuroinflamatorios y conductuales mencionados (Pascual *et al.*, 2007).

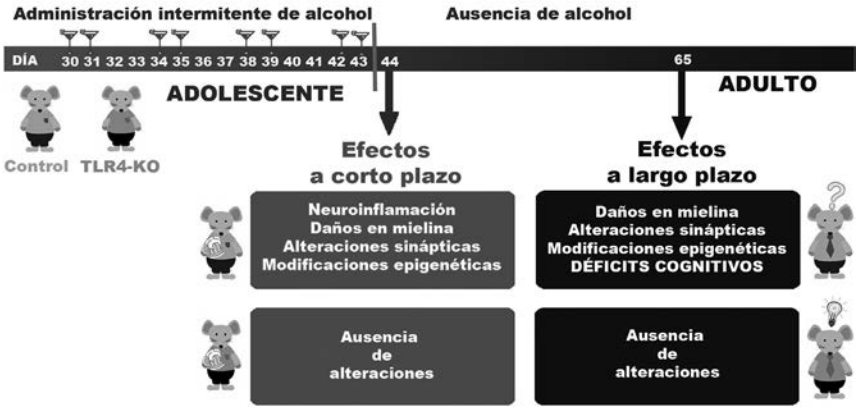
En cuanto al mecanismo molecular por el que el etanol induce neuroinflamación, hemos demostrado que el etanol activa la respuesta de unos receptores del sistema innato inmunitario denominados «toll-like» o TLRs. Estos receptores, que se encuentran en la membrana de las células del sistema inmunitario, detectan patógenos y responden activando una cascada de señalización y factores nucleares de transcripción que inducen la expresión de genes y proteínas asociadas con la producción de radicales libres y factores inflamatorios (Akira y Takeda, 2004). Aun-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

que inicialmente la respuesta de los TLR4 es un mecanismo de defensa contra los patógenos, el etanol, así como moléculas procedentes del daño celular, son capaces de sobre-activar a estos receptores causando daño inflamatorio. De hecho, hemos demostrado que ratones deficientes en la respuesta de TLR4 (TLR4-KO) y tratados con etanol durante la adolescencia, están protegidos contra la neuroinflamación, el daño en la mielina y las conexiones sinápticas que causa el tratamiento de alcohol en los ratones normales (Montesinos *et al.*, 2014). Además, los efectos neuroinflamatorios y las alteraciones en la mielina y las sinapsis que causa el alcohol en los ratones normales se correlaciona con alteraciones cognitivas en la edad adulta. Estos efectos cognitivos a largo plazo no se observan en ratones TLR4-KO tratados con etanol durante la fase de la adolescencia. Estos hallazgos ponen de manifiesto el papel de la respuesta de los receptores TLR4 del sistema neuroinmmune en las alteraciones mielínicas y sinápticas asociadas con déficits cognitivos que pueden perdurar desde la adolescencia hasta la fase adulta (Fig. 2).

Figura 2

Modelo experimental de consumo de alcohol intermitente durante la adolescencia: papel de la respuesta del sistema neuroinmunitario y de los receptores TLR4 en los efectos a corto y largo plazo que induce el alcohol



La pregunta que nos planteamos es ¿qué cambios se producen en el cerebro adolescente que permanecen en la edad adulta y qué mecanismos están implicados? Es un hecho conocido que los cambios en la

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

expresión génica en el circuito de recompensa contribuyen a la patogénesis de la drogadicción. Estudios recientes sugieren que las drogas modifican específicamente regiones del genoma activando y reprimiendo grupos concretos de genes. Estas modificaciones del genoma, o modificaciones epigenéticas, pueden conducir a cambios de expresión génica de larga duración desencadenando alteraciones en la conducta (Renthal y Nestler, 2008). Entre las distintas formas de modificaciones epigenéticas, la más común es la adición de grupos químicos (acetilación, fosforilación, metilación) a las histonas, proteínas que estructuran y empaquetan el DNA. Estos cambios modulan la actividad transcripcional de los genes asociados (Grewal y Moazed, 2003).

De hecho, cambios en los sistemas dopaminérgicos y glutamatérgicos pueden inducir estas modificaciones en histonas asociándose con la sensibilización conductual relacionada con drogas de abuso (Li *et al.*, 2004; Schroeder *et al.*, 2008). De igual modo, el tratamiento *binge* de etanol durante la adolescencia induce la acetilación de las histonas H3 y H4 en la CPF, el NAc y el estriado (Pascual *et al.*, 2009). Además, estos cambios de acetilación se asocian a un aumento en la actividad de la enzima encargada de realizar esta modificación química, la histona acetiltransferasa. Conjuntamente, observamos que ciertos promotores de genes relacionados con actividad neuronal asociada al sistema de recompensa y adicción, como cFos, Cdk5 o FosB, estaban diferencialmente acetilados tras el tratamiento con etanol y, además, su nivel de expresión génica incrementaba. De nuevo, solo los animales adolescentes presentaban vulnerabilidad frente al tratamiento, ya que los adultos no presentaban cambios en estas alteraciones epigenéticas. Asimismo, tampoco se observó cambios en las acetilaciones de las histonas H3 y H4 en CPF de ratones carentes de la función del TLR4 o TLR4-KO, lo que sugiere que un ambiente inflamatorio puede contribuir a los cambios epigenéticos que induce el alcohol en el cerebro adolescente.

Conclusiones

La adolescencia es una etapa de transición desde la infancia a la edad adulta en la que tienen lugar numerosos procesos fisiológicos, incluyendo cambios estructurales y funcionales en el cerebro hasta llegar al cerebro adulto. Las evidencias científicas de los últimos años indican que el consumo abusivo de alcohol durante la adolescencia altera la maduración y plasticidad del cerebro, causa deficiencias cognitivas y conductuales en el adolescente y aumenta el riesgo de un posterior abuso y dependencia al alcohol. Por tanto, es importante el desarrollo de cam-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

pañas de información y prevención dirigidas tanto a los jóvenes como a los padres para concienciar sobre los peligros que ocasiona el abuso de alcohol y sus consecuencias físicas y cognitivas en los adolescentes.

Agradecimientos

Los resultados del grupo que se mencionan en el trabajo están financiados por los proyectos por la European Foundation for Alcohol Research (EA-13-08), Instituto Carlos III y FEDER (RED-RTA), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, PNSD (2014 I010), y Ministerio de Economía y Competitividad (SAF2012-33747).

Bibliografía

Acheson, S.K., Richardson, R., Swartzwelder, H.S. (1999). Developmental changes in seizure susceptibility during ethanol withdrawal. *Alcohol*. May;18(1):23-6.

Alfonso-Loeches, S., Guerri, C. (2011). Molecular and behavioral aspects of the actions of alcohol on the adult and developing brain. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 48(1):19-47.

Andersen, S.L., Rutstein, M., Benzo, J.M., Hostetter, J.C., Teicher, M.H. (1997). Sex differences in dopamine receptor overproduction and elimination. *Neuroreport* 8, 1495–1498.

Bava, S., Tapert, S.F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev*. Dec;20(4):398-413.

Blanco, A.M., Valles, S.L., Pascual, M., Guerri, C. (2005). Involvement of TLR4/type I IL-1 receptor signaling in the induction of inflammatory mediators and cell death induced by ethanol in cultured astrocytes. *J. Immunol*. 175, 6893–6899.

Carballo, J.L., Marín, M., Jaúregui, V., García- Sánchez, G., Espada, J.P., Orgilés, M., Piqueras, J.A. (2013). Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante. *Health and Addictions*. 13 (2) 157-163.

Carpenter-Hyland, E. P., Chandler, L. J. (2007). Adaptive plasticity of NMDA receptors and dendritic spines: implications for enhanced vulnerability of the adolescent brain to alcohol addiction. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 86, 200–208.

Coleman, L.G. Jr., Liu, W., Oguz, I., Styner, M., Crews, F.T. (2014). Adolescent binge ethanol treatment alters adult brain regional volumes, cortical extracellular matrix protein and behavioral flexibility. *Pharmacol Biochem Behav*. Jan;116:142-51.

Crego, A., Rodriguez-Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M., Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug Alcohol Depend*. Jun 1;109(1-3):45-56.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

De Bellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R., Soloff, P. H., Boring, A. M.,Hall, J., Kersh A., Keshavan M.S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset *al.*cohol use disorders. *Am. J. Psychiatry* 157, 737–744.

Dekaban, A.S. (1978). Changes in brain weights during the span of human life: relation of brain weights to body heights and body weights. *Ann Neurol*. Oct;4(4):345-56.

Ehlers, C.L., Criado, J.R. (2010). Adolescent ethanol exposure: does it produce long-lasting electrophysiological effects? *Alcohol*. Feb;44(1):27-37.

ESTUDES 2012-2013. (2013). Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fields, R. D., Stevens-Graham, B. (2002). New insights into neuron-glia communication. *Science* 298, 556–562.

George, O., Sanders, C., Freiling, J., Grigoryan, E., Vu, S., Allen, C.D., Crawford, E., Mandyam, C.D., Koob, G.F. (2012). Recruitment of medial prefrontal cortex neurons during alcohol withdrawal predicts cognitive impairment and excessive alcohol drinking. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* Oct 30;109(44):18156-61.

Giedd, J.N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1021, 77–85.

Giedd, J.N. (2008). The teen brain: insights from neuroimaging. *J. Adolesc. Health* 42, 335–343.

Gogtay, N., Giedd, J.N., Lusk, L., Hayashi, K.M., Greenstein, D., Vaituzis, A.C., Nugent, T.F. 3rd, Herman, D.H., Clasen, L.S., Toga, A.W., Rapoport, J.L., Thompson, P.M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* May 25;101(21):8174-9.

Grant, B.F. and Dawson, D.A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J.Subst. Abuse* 10(2): 163-73.

Grant, J.D., Scherrer, J.F., Lynskey, M.T., Lyons, M.J., Eisen, S.A., Tsuang, M.T., True, W.R., Bucholz, K.K. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med.* 36(1):109-18.

Grewal, S.I. and Moazed, D. (2003). Heterochromatin and epigenetic control of gene expression. *Science* 301, 798–802.

Guerri C., Bazinet A., Riley E.P. (1999). Foetal Alcohol Spectrum Disorders and alterations in brain and behaviour. *Alcohol Alcohol.* 44(2):108-14.

Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol* 44:15-26.

Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*. 2010 Feb;44(1):15-26.

Hittner, J.B., Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: a meta-analytic review. *Addict Behav*. Aug;31(8):1383-401.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Lenroot, R.K., Giedd, J.N. (2006). Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 30, 718–729.

Li, J., Guo, Y., Schroeder, F.A., Youngs, R.M., Schmidt, T.W., Ferris, C., Konradi, C., Akbarian, S. (2004). Dopamine D2-like antagonists induce chromatin remodeling in striatal neurons through cyclic AMP-protein kinase A and NMDA receptor signaling. *J. Neurochem.* 90, 1117–1131.

Maurage, P., Joassin, F., Speth, A., Modave, J., Philippot, P., Campanella, S. (2012). Cerebral effects of binge drinking: respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. *Clin Neurophysiol.* May;123(5):892-901.

McQueeny, T., Schweinsburg, B.C., Schweinsburg, A.D., Jacobus, J., Bava, S., Frank, L.R., Tapert, S.F. (2009). Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* Jul;33(7):1278-85.

Montesinos, J., Pascual, M., Pla, A., Maldonado, C., Rodriguez-Arias, M., Miñarro, J., Guerri, C. (2014). TLR4 elimination prevents synaptic and myelin alterations and long-term cognitive dysfunctions in adolescent mice with intermittent ethanol treatment. *Brain Behav Immun.* (in press)

Moy, S.S, Duncan, G.E., Knapp, D.J., Breese, G.R. (1998). Sensitivity to ethanol across development in rats: comparison to [3H]zolpidem binding. *Alcohol Clin Exp Res.* Oct;22(7):1485-92.

O'Tousa, D.S., Matson, L.M., Grahame, N.J. (2013). Effects of intoxicating free-choice alcohol consumption during adolescence on drinking and impulsivity during adulthood in selectively bred high-alcohol preferring mice. *Alcohol Clin Exp Res*. Jan;37(1):141-9.

Pascual, M., Blanco, M., Cauli, O., Miñarro, J., Guerri, C. (2007). Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *Eur.J.Neuroscience* 25:541-550.

Pascual, M., Boix, J., Felipo, V., Guerri, C. (2009). Repeated alcohol administration during adolescence causes changes in the mesolimbic dopaminergic and glutamatergic systems and promotes alcohol intake in the adult rat. *J. Neurochem*. 108, 920–931.

Pascual, M., Do Couto, B.R., Alfonso-Loeches, S., Aguilar, M.A., Rodriguez-Arias, M., Guerri, C. (2012). Changes in histone acetylation in the prefrontal cortex of ethanol-exposed adolescent rats are associated with ethanol-induced place conditioning. *Neuropharmacology*. Jun;62(7):2309-19.

Pascual, M., Pla, A., Miñarro, J., Guerri, C. (2014). Neuroimmune activation and myelin changes in adolescent rats exposed to high-dose alcohol and associated cognitive dysfunction: a review with reference to human adolescent drinking. *Alcohol Alcohol*. Mar-Apr;49(2):187-92.

Paus, T., Collins, D.L., Evans, A.C., Leonard, G., Pike, B., Zijdenbos, A. (2001). Maturation of white matter in the human brain: a review of magnetic resonance studies. *Brain Res. Bull.*54, 255–266.

Renthal, W. Nestler, E.J. (2008). Epigenetic mechanisms in drug addiction. *Trends Mol. Med.* 14, 341–350.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Robinson, T.E., Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annu. Rev.Psychol*. 54, 25-53.
Rubia, K., Smith, A.B., Taylor, E., Brammer, M. (2007). Linear age-correlated functional development of right inferior fronto-striato-cerebellar networks during response inhibition and anterior cingulate during error-related processes. *Hum Brain Mapp*. Nov;28(11):1163-77.
Salami, M., Itami, C., Tsumoto, T., Kimura, F. (2003). Change of conduction velocity by regional myelination yields constant latency irrespective of distance between thalamus and cortex. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 100(10):6174-9.
Schroeder, F.A., Penta, K.L., Matevossian, A., Jones, S.R., Konradi, C., Tapper, A.R., Akbarian, S. (2008). Drug-induced activation of dopamine D(1) receptor signaling and inhibition of class I/II histone deacetylase induce chromatin remodeling in reward circuitry and modulate cocaine-related behaviors. *Neuropsychopharmacology* 33, 2981–2992.
Silveri, M.M. (2012). Adolescent brain development and underage drinking in the United States: identifying risks of alcohol use in college populations. *Harv Rev Psychiatry.* Jul-Aug;20(4):189-200.
Sowell, E.R., Thompson, P.M., Tessner, K.D., Toga, A.W. (2010). Mapping continued brain growth and gray matter density reduction in dorsal frontal cortex: Inverse relationships during postadolescent brain maturation. *J. Neurosci*. Nov 15;21(22):8819-29.
Squeglia L.M., Pulido C., Wetherill R.R., Jacobus J., Brown G.G., Tapert S.F. (2012). Brain response to working memory over three years of adolescence: influence of initiating heavy drinking. *J Stud Alcohol Drugs.* 73(5):749-60.
Tapert, S.F., Schweinsburg, A.D., Barlett, V.C., Brown, S.A., Frank, L.R., Brown, G.G. and Meloy, M.J. (2004). Blood Oxygen Level Dependent Response and Spatial Working Memory in Adolescents With Alcohol Use Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28: 1577–1586.
Toga, A.W., Thompson, P.M., Sowell, E.R. (2006). Mapping brain maturation Trends Neurosci. 29(3): 148–159.
Teicher, M.H., Barber, N.I., Gelbard, H.A., Gallitano, A.L., Campbell, A., Marsh, E., Baldessarini, R.J. (1993). Developmental differences in acute nigrostriatal and mesocorticolimbic system response to haloperidol. *Neuropsychopharmacology*. Sep;9(2):147-56.
Valles, S.L., Blanco, A.M., Pascual, M., Guerri, C. (2004). Chronic ethanol treatment enhances inflammatory mediators and cell death in the brain and in astrocytes. Brain Pathol. 14, 365–371.
Welch K.A., Carson A., Lawrie S.M. (2013). Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies *Alcohol Alcohol*.;48(4):433-44.
White, A.M., Truesdale, M.C., Bae, J.G., Ahmad, S., Wilson, W.A., Best, P.J., Swartzwelder H.S. (2002). Differential effects of ethanol on motor coordination in adolescent and adult rats. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 73, 673–677.
WHO (2010). World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, SW: World Health Organization.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 4

El policonsumo de sustancias y el maltrato infantil entre adolescentes

M.J. Álvarez-Alonso[a], *R. Jurado-Barba*[a b c], *N. Martínez-Martín*[d], *J.C. Espín-Jaime*[d], *C. Bolaños-Porrero*[e], *A. Ordóñez-Franco*[e], *J.A. Rodríguez-López*[e], *D. Lora-Pablos*[f], *J. de la Cruz-Bértolo*[f], *M.A. Jiménez-Arriero*[a b f g], *J. Manzanares*[h i] *y G. Rubio*[a b f h]

Resumen

Existen diferentes tipos de maltrato infantil, entre los que podemos destacar el abuso físico y el abuso sexual por su gravedad. Han sido precisamente estos tipos de maltrato los que más se han relacionado con las posibles consecuencias futuras de problemas relacionados con

[a] Instituto de Investigación i+12 del Hospital 12 de Octubre. Madrid.
[b] Universidad Complutense de Madrid.
[c] Universidad Camilo José Cela. Madrid.
[d] Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
[e] Instituto de Adicciones «Madrid Salud». Ayuntamiento de Madrid.
[f] Unidad de Investigación Clínica I+12-CIBERESP. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
[g] Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM.
[h] Redes de Investigación Cooperativa (RETICS-Red de Trastornos Adictivos), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), MICINN y FEDER. Madrid.
[i] Instituto de Neurociencias. Alicante.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

el uso y abuso de sustancias entre quienes los han padecido. Sin embargo, las secuelas derivadas de otros tipos de maltrato, como son los abusos de tipo emocional o las conductas de negligencia, no se han estudiado en profundidad, a pesar de estar presentes en un gran porcentaje de la población adolescente, que realiza un consumo de sustancias cada vez más preocupante, y que suele implicar el uso de varios tipos de drogas.

Hemos realizado un estudio en el que se tomó una muestra clínica de 655 adolescentes, teniendo en cuenta sus patrones de consumo de sustancias, sus antecedentes de maltrato infantil, psicopatología e historia familiar de alcoholismo. Una vez dividida la muestra entre aquellos que realizaban un policonsumo de drogas y aquellos que no lo hacían (no presentaban consumo o consumían únicamente alcohol), encontramos que las variables relacionadas con antecedentes de maltrato, sobre todo de abuso sexual y negligencia emocional, así como de presencia de trastorno depresivo y determinados rasgos de ansiedad, y el tener una historia familiar de alcoholismo, eran predictoras de un «patrón de riesgo caracterizado por el policonsumo de sustancias» en los adolescentes. Por lo tanto, parece que los «policonsumidores» de sustancias presentan un mayor riesgo de haber padecido problemas durante la infancia o adolescencia, tal como malos tratos o ciertos problemas de tipo psicopatológico, además de presentar una historia familiar de dependencia alcohólica. Teniendo en cuenta los datos encontrados, a la hora de llevar a cabo un abordaje terapéutico en un joven policonsumidor se deben explorar las variables de riesgo encontradas en este estudio.

Introducción

El consumo de alcohol representa un serio problema de salud. La OMS reporta que 2,5 millones de muertes se asocian al alcohol cada año (WHO, 2014). Si tenemos en cuenta el consumo en los jóvenes, los números son incluso más alarmantes, ya que hasta un 9 % de las muertes de los jóvenes de entre 15 y 29 años se asocian directa o indirectamente con el uso y abuso de alcohol (WHO, 2009). Alrededor de la mitad de los jóvenes de 13 a 15 años ha probado las drogas en alguna ocasión, y el número de los que lo hará en los siguientes años aumenta cada año que pasa (Johnston, 2012).

En el proyecto europeo para el estudio de prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de entre 15 y 16 años (ESPAD, 2011) se halló que el 97 % de los entrevistados había consumido alcohol en alguna ocasión; el 79 % de ellos lo había hecho durante el último año y

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

el 57 % en los 30 días anteriores al estudio. En España, la encuesta estatal de uso de drogas en jóvenes (ESTUDES, 2012-2013) halló datos similares a los del proyecto europeo.

Otro dato preocupante es que el hábito de consumo de alcohol se combina muy frecuentemente con el uso de otras drogas, mostrando además escasa conciencia de las repercusiones que estas prácticas conllevan, haciendo que las consecuencias del consumo sean aún mayores (Armour *et al.*, 2014).

En la búsqueda de las causas de estos hábitos de consumo, en los últimos años, muchos estudios enfatizan la asociación entre el maltrato infantil y el abuso de sustancias, aunque la mayoría de los datos proceden de estudios epidemiológicos o de estudios retrospectivos realizados en poblaciones de adultos (Dube *et al.*, 2002; Dube *et al.*, 2006; Afifi *et al.*, 2012; Armour *et al.*, 2014). Algunos estudios también incluyeron adultos dependientes del alcohol u otras drogas y en ellos también se evidenció esta asociación (Widom *et al.*, 2007; Rothman *et al.*, 2008; White y Widom 2008; Young-Wolff *et al.*, 2011; Lake *et al.*, 2014).

Otro grupo de datos proceden de evaluaciones en adolescentes pertenecientes a la comunidad (Arata *et al.*, 2007; Goldstein *et al.*, 2013), en los que se encontraron altas tasas de maltrato infantil con una fuerte relación entre las situaciones adversas vividas y el uso de alcohol y otras drogas; la ocurrencia de más tipos de maltrato conllevaba la presencia de más síntomas psicopatológicos. Otros estudios (Wekerle, 2009; Shin *et al.*, 2010; Hyucksun Shin, 2012; Shin *et al.*, 2012; Shin *et al.*, 2013), han evaluado a adolescentes en riesgo, y el efecto que determinados tipos de maltrato tenían en el consumo de drogas o en el patrón de consumo de alcohol en forma de atracón o *binge drinking* evidenciando nuevamente dicha asociación.

Pocos estudios han centrado su atención, sin embargo, en aquellos adolescentes que presentan un mayor riesgo, es decir en los que precisamente están teniendo patrones de consumo de alcohol y drogas. Clark *et al.* (Clark *et al.*, 2003) realizaron un estudio en el que evaluaron a adolescentes que recibían tratamiento por un trastorno de abuso de alcohol en relación a su historia de abuso físico y sexual, y que presentaban algún trastorno depresivo que podía estar mediando en la relación entre el maltrato y el consumo. No obstante, en la mayoría de los estudios no se ha tenido en cuenta uno de los patrones de más riesgo: el caracterizado por el policonsumo. Se sabe que precisamente este tipo de patrón es el que conlleva mayor riesgo para el desarrollo de una futura dependencia del alcohol. (Huang *et al.*, 2011; Font-Mayolas *et al.*, 2013; Hodgins *et al.*, 2013).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Otro aspecto importante, que no se ha abordado de forma suficiente, es la exclusión de formas de maltrato menos graves, pero más frecuentes, en los estudios llevado a cabo en jóvenes. De ahí que desconozcamos el papel del abuso emocional o de la negligencia sobre el consumo de alcohol y otras drogas (Molnar *et al.*, 2001; Clark *et al.*, 2003; Fergusson *et al.*, 2008; Shin *et al.*, 2010; Armour *et al.*, 2014; Darke y Torok, 2014). Estos que han sido denominados maltratos «menores» podrían tener un importante impacto en el riesgo para el consumo de sustancias (Arata *et al.*, 2007; Shin *et al.*, 2009).

Teniendo en cuenta estos elementos, el principal objetivo de este estudio fue el de realizar una búsqueda exhaustiva de las posibles asociaciones entre los diferentes tipos de maltrato y el patrón de policonsumo de drogas entre aquellos adolescentes de alto riesgo que buscan tratamiento para problemas relacionados con el consumo. Al estudio del maltrato infantil agregamos una evaluación de la posible presencia de trastornos mentales, realizada en un contexto clínico, persiguiendo así buscar la relación entre maltrato-psicopatología y policonsumo de drogas (Winters *et al.*, 2002).

Debido a que nuestra muestra de población era de tipo clínico, esperamos encontrar adolescentes con un alto riesgo de desarrollar un trastorno de abuso de sustancias. Esperábamos además encontrar mayores situaciones de maltrato entre aquellos adolescentes que mostraban un mayor consumo, así como una alta asociación entre el policonsumo de sustancias y la presencia de psicopatología.

Método

Muestra

655 adolescentes, con una media de edad de 16,4 y un rango de edad de 13 a 19 años, fueron evaluados procedentes de programas clínicos de tratamiento por consumo de sustancias (n = 355) y del servicio de Atención Primaria (n = 300) en la ciudad de Madrid. Los participantes fueron clasificados en relación a su patrón de consumo de sustancias: *policonsumidores* (n = 165) y *no-policonsumidores* (n = 490). La variable policonsumo se definió como un patrón en el que los adolescentes reportaban consumo de alcohol y de otra droga ilegal, presentaban más de 6 puntos en el test AUDIT (Rubio *et al.*, 1998) o mostraron un patrón de atracón o *binge drinking* unido al consumo de otra sustancia, en más de una ocasión al mes.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Instrumentos de evaluación

Las evaluaciones, realizadas en un entorno clínico, incluyeron el «Childhood Trauma Questionnaire, (CTQ)» (Bernstein, 1998), para la evaluación del maltrato infantil, ya que valora los principales tipos de maltrato: abuso físico (AF), abuso sexual (AS), abuso emocional (AE), negligencia física (NF) y negligencia emocional (NE); la «Schedule for Affective Disorders y Schizophrenia for School Age Children, (K-SADS)» (Kaufman *et al.*, 1997), que evalúa la presencia de psicopatologías; la «Multidimensional Anxiety Scale for Children, (MACS)» (March *et al.*, 1997) para evaluar 4 factores de sintomatología ansiosa, afectiva, física, cognitiva y conductual, en las dimensiones de sintomatología física, ansiedad social, ansiedad por separación y evitación del daño; y el «Children Depression Inventory, (CDI)» (Kovacs, 1981) que nos proporciona datos sobre depresión en niños y adolescentes.

Resultados

En los principales resultados descriptivos socio-demográficos y de prevalencia de consumo de sustancias encontramos que un 76,3% de los *no-policonsumidores* consumen alcohol y un 23,7% tabaco. En el grupo de *policonsumidores*, encontramos tasas más elevadas de consumo: un 100% de los entrevistados consumía alcohol, un 72,7% tabaco. En relación a las drogas ilegales, consumían cannabis un 86% de la muestra, cocaína un 27,8% y anfetaminas el 3 % de ellos. A continuación, en la Tabla 1, podemos observar los datos de prevalencia y diferencias entre los grupos en las puntuaciones de maltrato y la presencia de trastornos psiquiátricos.

Las variables que medían las diferentes dimensiones de ansiedad fueron en todos los casos significativamente más altas en el grupo de los *policonsumidores*. Los adolescentes pertenecientes al grupo de los *no-policonsumidores* mostraron una baja prevalencia de familiares alcohólicos (8,5% de padres alcohólicos; 1,4% madre alcohólica) comparado con el grupo de *policonsumidores* (31,5% de padres y 12,1% de madres).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Tabla 1

Diferencias clínicas y de maltrato en jóvenes policonsumidores y no-policonsumidores

Maltrato	*No-policonsumidores*	Policonsumidores	t-Student	gl	p-valor
Abuso Físico (AF) x̄ (SD) N (%)	5,6 (2,6) 52 (10,6)	6,3 (2,8) 50 (30,3)	2.766	264,1	0,006
Abuso Emcocional (AE) x̄ (SD) N (%)	5,7 (1,7) 92 (18,8)	6,9 (4,9) 44 (26,7)	–3.117	178,4	0,002
Abuso Sexual (AS) x̄ (SD) N (%)	5,1 (0,6) 13 (2,7)	6,5 (3,4) 45 (27.3)	–5.207	168,2	0,000
Negligencia Física (NF) x̄ (SD) N (%)	5,5 (2,6) 42 (8,6)	6,5 (3,5) 49 (29,7)	–3.303	229,6	0,001
Negligencia Emocional (NE) x̄ (SD) N (%)	6,7 (2,7) 239 (48,8)	8,9 (5,5) 104 (63,0)	–4.881	191,8	0,000
Psicopatología	N(%)	N(%)		$\times^2$	p-valor
Prevalencia de Trastorno Depresivo	41 (8,4)	45 (27,3)		38,680	0,000
Prevalencia de Trastorno de Ansiedad positivo	40 (8,2)	34 (20,6)		19,070	0,000
Prevalencia de Trastorno Estrés PostTraumático	18 (3,7)	39 (23,6)		61,914	0,000
Prevalencia de TDAH	16 (3,2)	16 (9,7)		10,988	0,003
Prevalencia de Trastorno Límite Personalidad	24 (4,9)	23 (13,9)		15,149	0,000
Prevalencia de Trastorno de la Conducta Alimentaria	6 (1,2)	11 (6,7)		14,461	0,001
Prevalencia de Otros Trastornos	0 (0)	3 (1,8)		8,95	0,016

Se realizó además un modelo general exploratorio para observar qué variables de las estudiadas estaban influyendo en mayor o menor medida en la conducta de policonsumo de los adolescentes (Ver Tabla 2). En él hallamos que diversos tipos de maltrato (abuso físico, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional) aumentaban el

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

riesgo de policonsumo, así como presentar un diagnóstico de depresión o tener un progenitor con problemas de alcoholismo. Existe además una influencia de ciertos factores de ansiedad, aunque no es muy acusada. La variabilidad se explicó con una R^2=0,500.

Tabla 2

Modelo de regresión para explicar la presencia del patrón de policonsumo

Policonsumo	OR	IC	p-valor
Abuso sexual	16.384	5.487-48.924	0,000
Abuso físico	2.957	1.462-5.978	0,003
Negligencia física	2.515	1.314-4.814	0,005
Negligencia Emocional	11.608	5.538-24.332	0,000
MASC Social	1.501	1.333-1.691	0,000
MASC Evitación del daño	1.112	1.027-1.204	0,009
Trastorno depresivo	2.301	1.157-4.576	0,018
Padre alcohólico	2.382	1.243-4.564	0,009
Madre alcohólica	17.542	4.060-75.788	0,000

Discusión

El consumo de alcohol y otras sustancias es muy común entre aquellos adolescentes que viven en países como España. Existe una gran preocupación entre los profesionales de la salud por este hecho, y por las características que están tomando los hábitos de consumo entre los más jóvenes, ya que un consumo elevado de sustancias a una edad temprana se asocia con un alto riesgo de desarrollar más adelante un trastorno de abuso de sustancias, y conlleva una serie de repercusiones negativas desde el punto de vista del desarrollo tanto físico como intelectual y social del adolescente que se ve involucrado en estas prácticas de consumo.

Hemos realizado un estudio en el que se han querido observar las características de una muestra de adolescentes de la comunidad que acuden a los servicios de Atención Primaria, y compararlos con las características que muestran jóvenes que pertenecen a programas de búsqueda de ayuda por problemas derivados del consumo, en relación

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

a cómo son sus hábitos o patrón de consumo de sustancias, si poseen antecedentes de diversos tipos de maltrato infantil, presentan algún trastorno psicopatológico o una historia familiar de consumo de alcohol. Nuestros hallazgos más relevantes estuvieron asociados con el hecho de que el policonsumo de sustancias se relacionaba con todos los tipos de maltrato, especialmente con el *abuso sexual* y la *negligencia emocional*, con el hecho de tener un diagnóstico actual de *depresión* y una *historia familiar de alcoholismo.*

La prevalencia de consumo de sustancias fue alarmantemente alta en nuestra muestra. Incluso en el grupo de los *no-policonsumidores* encontramos que un 75 % de ellos son consumidores habituales de alcohol. Esto podría explicarse por el hecho de que nuestra muestra provenía de un contexto clínico (Winters *et al.*, 2002), aunque la realidad fue que los porcentajes de uso de alcohol eran muy similares a los encontrados en la encuesta estatal de consumo en jóvenes españoles (ESTUDES, 2012-2013). El patrón de policonsumo se encontró en un 25 % de los adolescentes, un número similar al encontrado en un reciente estudio danés sobre los patrones de consumo de los jóvenes (Armour *et al.*, 2014).

Es durante la adolescencia donde se producen las tasas de mayor consumo. A edades tempranas existe una inmadurez respecto a los procesos de toma de decisiones y evaluación de las consecuencias, que lleva a muchos jóvenes al consumo experimental. Existe además una tendencia al uso de sustancias como forma de afrontar determinados estados emocionales, especialmente cuando existen antecedentes de maltrato. También, si existe presencia de trastornos mentales, es más probable que haya un mayor riesgo de policonsumo (Biehal, 2005), ya que los adolescentes utilizan en muchos casos el alcohol y las drogas para manejar y sobrellevar las alteraciones emocionales. Si a esto se une la oportunidad de consumo, aumentará el riesgo de abuso (Foley *et al.*, 2004).

En nuestro estudio hemos encontrado que haber sido víctima de abuso sexual o de negligencia emocional incrementaba el riesgo de policonsumo entre 16 y 11 veces, respectivamente. En muchos de los estudios, han sido los tipos de maltrato de abuso físico y sexual los que se han relacionado con la predicción de un posterior consumo de sustancias (Moran *et al.*, 2004). Sin embargo, en el caso de la negligencia emocional, no ha sido un tipo de maltrato muy estudiado en relación a su posible influencia en el riesgo de conductas de consumo. Este dato es de especial relevancia, ya que es la primera vez que se asocia la negligencia emocional con el policonsumo de drogas. Situaciones de negligencia son frecuentes en familias donde existe alcoholismo familiar, pero también pueden estar presentes en hogares donde ambos padres trabajan fuera de casa.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Esperábamos encontrar altos porcentajes de psicopatología en jóvenes policonsumidores, puesto que nuestra muestra procedía de sujetos que solicitaban atención, con abuso de sustancias (Hussey *et al.*, 2006) y que presentaban maltrato. A este respecto existe una alta correlación entre la experimentación de situaciones adversas en la infancia y el desarrollo de trastornos mentales, tanto en poblaciones pertenecientes a la comunidad (Kilpatrick *et al.*, 2000; Moran *et al.*, 2004) como en muestras clínicas (Moncrieff y Farmer, 1998; Simpson y Miller, 2002).

En el grupo de los *policonsumidores*, encontramos una alta prevalencia de *trastornos depresivos y de ansiedad*, el consumo de sustancias es muy común en los niños y adolescentes deprimidos (Hussong y Hicks, 2003; King y Chassin, 2004; Pardini *et al.*, 2004). Ciertos rasgos de ansiedad también se relacionan con el consumo de sustancias, y miden diferentes posibles consecuencias en las conductas y en los patrones de consumo. Mayores puntuaciones en evitación del daño se asocian con el rechazo a la toma de riesgos (Wills *et al.*, 1999; Kaplow *et al.*, 2001). Altas puntuaciones en ansiedad social se relacionan con una mayor toma de riesgos (Kashdan *et al.*, 2006) tales como las conductas de consumo de abuso o policonsumo.

En el análisis de datos, la presencia de un *padre alcohólico* se relaciona también con un mayor riesgo de policonsumo. Los hijos de los alcohólicos son más vulnerables al consumo de alcohol, debido a aspectos genéticos, al riesgo de imitación de las conductas observadas y a las mayores probabilidades de ser víctimas de malos tratos (Johnson y Leff, 1999; Gilbert *et al.*, 2009; Laslett *et al.*, 2012). Estos jóvenes son más proclives al abuso de drogas y a padecer otro tipo de trastornos psiquiátricos, aunque no está del todo claro si esos riesgos serían los mismos si los factores socio-demográficos fueran diferentes (Dube *et al.*, 2001; Diaz *et al.*, 2008). Los servicios sociales americanos han estimado que aproximadamente en un 30 % de los casos de maltrato infantil hay involucrado un adulto alcohólico, además, en más de la mitad de los actos violentos producidos por un progenitor, este estaba bajo los efectos del alcohol (Collins *et al.*, 1998). Las familias y hogares de padres alcohólicos normalmente son caóticos y disfuncionales (Dube *et al.*, 2002).

Desde nuestro punto de vista, y tomando en consideración los resultados observados, podríamos hipotetizar que los adolescentes que han vivido situaciones estresantes en su infancia, como las derivadas de los malos tratos, podrían buscar los efectos positivos que encuentran en el consumo de drogas con el objetivo de reducir el estrés (Aseltine y Gore, 2000; Wills *et al.*, 2001) y conseguir manejar las emociones derivadas de las experiencias adversas que se encuentran estos adolescentes (Wisdom y Green, 2004).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

El estrés afecta los circuitos cerebrales de recompensa e incrementa la vulnerabilidad al abuso de drogas (Aseltine y Gore, 2000; De Bellis, 2002). De esta manera, algunos paradigmas sugieren que el uso de drogas se realiza como auto-medicación (Donovan y Jessor 1985), como una forma de manejar las emociones (Hussong *et al.*, 2011). Sin embargo, no todos aquellos que reportan haber padecido malos tratos presentan dificultades de tipo psicológico en la edad adulta, lo que nos hace pensar que las consecuencias dependen de las formas particulares en las que cada persona percibe, asume y procesa sus particulares circunstancias vitales (Williams y Smith, 1993). La duración, la frecuencia (Keyes *et al.*, 2012), la edad en la que ocurrieron los maltratos y quién fue el autor de estos (Ruggiero *et al.*, 2000; Crowley y Seery, 2001), además de la calidad de las relaciones sociales de los adolescentes (Kidd *et al.*, 2011) son importantes factores a tener en cuenta, y que impactan directamente en la respuesta personal al estrés y sus posibles futuras consecuencias.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido realizado con Fondos del Plan nacional sobre Drogas (2011-14).

Referencias

Afifi, T.O., Henriksen, C.A., Asmundson, G.J. and Sareen, J. (2012). «Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample». *Can J Psychiatry 57*, 677-686.

Arata, C.M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. and O'Brien, N. (2007). «Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth». *Child Abuse Negl 31*, 393-415.

Armour, C., Shorter, G.W., Elhai, J.D., Elklit, A. and Christoffersen, M.N. (2014). «Polydrug use typologies and childhood maltreatment in a nationally representative survey of Danish young adults». *J Stud Alcohol Drugs 75*, 170-178.

Aseltine, R., Jr. and Gore, S. (2000). «The variable effects of stress on alcohol use from adolescence to early adulthood». *Subst Use Misuse 35*, 643-668.

Bernstein, D.P. and Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX.

Biehal, N. (2005). *Working with Adolescents: Supporting Families, Preventing Breakdown*. London, BAAF.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Clark, D.B., De Bellis, M.D., Lynch, K.G., Cornelius, J.R. and Martin, C.S. (2003). «Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes». *Drug Alcohol Depend 69*, 51-60.

Collins, R.L., Ellickson, P.L. and Bell, R.M. (1998). «Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors». *J Subst Abuse 10*, 233-253.

Crowley, M.S. and Seery, B.L. (2001). «Exploring the multiplicity of childhood sexual abuse with a focus on polyincestuous contexts of abuse». *J Child Sex Abus 10*, 91-110.

Darke, S. and Torok, M. (2014). «The association of childhood physical abuse with the onset and extent of drug use among regular injecting drug users». *Addiction* 109, 610-616.

De Bellis, M.D. (2002). «Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders». *Psychoneuroendocrinology 27*, 155-170.

Diaz, R., Gual, A., Garcia, M., Arnau, J., Pascual, F., Canuelo, B., Rubio, G., de Dios, Y., Fernandez-Eire, M.C., Valdes, R. and Garbayo, I. (2008). «Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 43*, 1-10.

Donovan, J.E. and Jessor, R. (1985). «Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood». *J Consult Clin Psychol 53*, 890-904.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J. and Giles, W.H. (2001). «Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction». *Child Abuse Negl 25,* 1627-1640.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J. and Croft, J.B. (2002). «Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult». *Addict Behav 27*, 713-725.

Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M. and Anda, R.F. (2006). «Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence». *J Adolesc Health 38*, 444 e441-410.

ESPAD (2011). ESPAD. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,* The ESPAD Report.

ESTUDES (2012-2013). Encuesta Estatal Sobre Uso De Drogas En Enseñanzas Secundarias en España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Fergusson, D.M., Boden, J.M. and Horwood, L.J. (2008). «Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood». *Child Abuse Negl 32*, 607-619.

Foley, K.L., Altman, D., Durant, R.H. and Wolfson, M. (2004). «Adults' approval and adolescents' alcohol use». *J Adolesc Health* 35, 345 e317-326.

Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Cebrian, N., Salamo, A., Planes, M. and Sullman, M.J. (2013). «Types of polydrug use among Spanish adolescents». *Addict Behav 38*, 1605-1609.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. and Janson, S. (2009). «Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries». *Lancet 373*, 68-81.

Goldstein, A.L., Faulkner, B. and Wekerle, C. (2013). «The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare». *Child Abuse Negl* 37, 22-32.

Hodgins, S., Lovenhag, S., Rehn, M. and Nilsson, K.W. (2013). «A 5-year follow-up study of adolescents who sought treatment for substance misuse in Sweden». *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

Huang, S., Trapido, E., Fleming, L., Arheart, K., Crandall, L., French, M., Malcolm, S. and Prado, G. (2011). «The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood». *Addict Behav 36*, 95-102.

Hussey, J.M., Chang, J.J. and Kotch, J.B. (2006). «Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences». *Pediatrics* 118, 933-942.

Hussong, A.M. and Hicks, R.E. (2003). «Affect and peer context interactively impact adolescent substance use». *J Abnorm Child Psychol* 31, 413-426.

Hussong, A.M., Jones, D.J., Stein, G.L., Baucom, D.H. and Boeding, S. (2011). «An internalizing pathway to alcohol use and disorder». *Psychol Addict Behav 25*, 390-404.

Hyucksun Shin, S. (2012). «A longitudinal examination of the relationships between childhood maltreatment and patterns of adolescent substance use among high-risk adolescents». *Am J Addict 21*, 453-461.

Johnson, J.L. and Leff, M. (1999). «Children of substance abusers: overview of research findings». *Pediatrics 103*, 1085-1099.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E. (2012). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2011.* Volume I: Secondary School Students.

Kaplow, J.B., Curran, P.J., Angold, A. and Costello, E.J. (2001). «The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use». *J Clin Child Psychol 30*, 316-326.

Kashdan, T.B., Elhai, J.D. and Frueh, B.C. (2006). «Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD». *Behav Res Ther 44*, 457-467.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. and Ryan, N. (1997). «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36*, 980-988.

Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L., Grant, B.F. and Hasin, D.S. (2012). «Stress and alcohol: epidemiologic evidence». *Alcohol Res 34*, 391-400.

Kidd, T., Hamer, M. and Steptoe, A. (2011). «Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress». *Psychoneuroendocrinology 36*, 771-779.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H.S., Best, C.L. and Schnurr, P.P. (2000). «Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample». *J Consult Clin Psychol 68*, 19-30.

King, K.M. and Chassin, L. (2004). «Mediating and moderated effects of adolescent behavioral undercontrol and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood». *Psychol Addict Behav 18*, 239-249.

Kovacs, M. (1981). «Rating scales to assess depression in school-aged children». *Acta Paedopsychiatr 46*, 305-315.

Laslett, A.M., Room, R., Dietze, P. and Ferris, J. (2012). «Alcohol's involvement in recurrent child abuse and neglect cases». *Addiction 107*, 1786-1793.

Molnar, B.E., Buka, S.L. and Kessler, R.C. (2001). «Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey». *Am J Public Health 91*, 753-760.

Moncrieff, J. and Farmer, R. (1998). «Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems». *Alcohol Alcohol 33*, 592-601.

Moran, P., Vuchinich, S. and Hall, N. (2004). «Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence». *Child Abuse Negl 28*, 565-574.

Pardini, D., Lochman, J. and Wells, K. (2004). «Negative emotions and alcohol use initiation in high-risk boys: the moderating effect of good inhibitory control». *J Abnorm Child Psychol 32*, 505-518.

Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. and Hingson, R.W. (2008). «Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers». *Pediatrics 122*, e298-304.

Rubio, G., Bermejo Vicedo J., Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. (1998). «Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria». *Revista Clínica Española 198* (1):11-14.

Ruggiero, K.J., McLeer, S.V. and Dixon, J.F. (2000). «Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology». *Child Abuse Negl 24*, 951-964.

Shin, S.H., Edwards, E.M. and Heeren, T. (2009). «Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study». *Addict Behav 34*, 277-280.

Shin, S.H., Hong, H.G. and Hazen, A.L. (2010). «Childhood sexual abuse and adolescent substance use: a latent class analysis». *Drug Alcohol Depend 109*, 226-235.

Shin, S.H., Hong, H.G. and Wills, T.A. (2012). «An examination of pathways from childhood maltreatment to adolescent binge drinking». *Am J Addict 21*, 202-209.

Shin, S.H., Miller, D.P. and Teicher, M.H. (2013). «Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood». *Drug Alcohol Depend 127*, 31-38.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Simpson, T.L. and Miller, W.R. (2002). «Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review». *Clin Psychol Rev 22*, 27-77.

Wekerle, C., Leung, E., Goldstein, A., Thornton, T., Tonmyr, L. (2009). *Substance Use among Adolescents in Child Welfare versus Adolescents in the General Population: A Comparison of the Maltreatment and Adolescent Pathways (MAP)* L. S. a. t. O. S. D. U. S. O. Datasets. London, ON, University of Western Ontario.

White, H.R. and Widom, C.S. (2008). «Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women». *J Stud Alcohol Drugs 69*, 337-347.

WHO (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. W. H. Organization.

WHO (2014). *Alcohol*. Media Centre: Fact Sheet.

Widom, C.S., White, H.R., Czaja, S.J. and Marmorstein, N.R. (2007). «Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood». *J Stud Alcohol Drugs 68*, 317-326.

Wills, T.A., Sandy, J.M. and Shinar, O. (1999). «Cloninger's constructs related to substance use level and problems in late adolescence: a mediational model based on self-control and coping motives». *Exp Clin Psychopharmacol 7*, 122-134.

Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M., Cleary, S.D. and Shinar, O. (2001). «Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: a latent growth analysis». *J Abnorm Psychol 110*, 309-323.

Winters, K.C., Latimer, W.W. and Stinchfield, R. (2002). «Clinical issues in the assessment of adolescent alcohol and other drug use». *Behav Res Ther 40*, 1443-1456.

Wisdom, J.P. and Green, C.A. (2004). «"Being in a funk": teens' efforts to understand their depressive experiences». *Qual Health Res 14*, 1227-1238.

Young-Wolff, K.C., Kendler, K.S., Ericson, M.L. and Prescott, C.A. (2011). «Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study». *Psychol Med 41*, 59-70.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 5

Una mirada desde los derechos de las niñas, los niños y los y las adolescentes

E. Ayarza

Preliminar

Cuando el Instituto Deusto de Drogodependencias se dirigía a la Oficina de Infancia y Adolescencia del Ararteko solicitando (o proponiendo) la participación en esta mesa, una mesa que intenta hacer una aproximación al tema del día desde la vertiente normativa, entendíamos que la aportación que le corresponde al Ararteko tiene que ser una aproximación desde los «derechos» y de ahí el título de la ponencia: «*Una mirada desde los derechos de las niñas, los niños y los y las adolescentes*». Y esto es así porque:

—Por una parte, la perspectiva de derechos se encuentra *en el ADN de la institución del Ararteko*, es esa la función que explica su propia existencia. El Ararteko se define como una institución de garantía y defensa de los derechos de las personas. De todas, o sea, también de niños, niñas y adolescentes. Y cuida de que estos derechos no sean vulnerados, de donde deriva la mayor parte de ese trabajo que conocéis en relación con las quejas presentadas por la ciudadanía, pero adopta también una postura más proactiva promoviendo que los derechos proclamados puedan cumplirse y en esta línea realiza actuaciones con el objetivo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de contribuir a la mejora de las políticas públicas de nuestras administraciones. En resumen: esto de los derechos es de lo que sabemos y lo que nos corresponde hacer.

—Hay una segunda razón, más coyuntural ciertamente, que es que este próximo 20 de noviembre se cumplen *25 años* de la aprobación por parte de la Asamblea General de Naciones Unidas de la *Convención sobre los Derechos del Niño* (en adelante CDN) y cuyos avances celebramos, como no puede ser de otra manera, pero también nos empuja a continuar con más ahínco en la difusión de la propia Convención y, sobre todo, en que los derechos en ella proclamados queden garantizados por su presencia en las leyes y políticas públicas. Algo de esto es lo que intentaré aportar.

Aún cuando he revisado los textos del Proyecto de Ley vasca sobre Adicciones, en su versión para trámite de audiencia de junio de 2014, y del Anteproyecto de Ley de Prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores y sus efectos, en su versión de primer borrador de finales de mayo de este año, mi aportación no irá en la dirección de analizar artículo por artículo los textos, valorando y proponiendo modificaciones, sino que tomaré la *Convención sobre los Derechos de Niños y Niñas como fuente de análisis* y destacaré los rasgos, los elementos a tener presentes en la construcción de políticas públicas enfocadas, dirigidas o con impacto en niños, niñas y adolescentes. Porque hay que recordar que en todo el articulado de la Convención, a renglón seguido de la proclamación del derecho, se insta al Estado firmante (y aquí están también incluidas las Comunidades Autónomas) a garantizar ese derecho.

En todo caso, y por si tuviéramos alguna tentación de desoír lo que la Convención nos dice, recuerdo que las leyes de infancia han intentado, con mayor o menor fortuna, trasponer la CDN a la legislación nacional y autonómica y como ejemplo está la *Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia*, en la que se dedica todo el Título II a proclamar los derechos de niños y niñas y, aparejados, los compromisos exigidos a las distintas instituciones públicas vascas.

A) *Los derechos de niños y niñas en la CDN*

Pues bien ¿qué nos dice la Convención sobre los Derechos de las Niñas y los Niños?

1. El principal cambio de la Convención del 89 respecto a anteriores tratados sobre derechos de niños y niñas es que estos pasan

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de ser considerados objetos de protección a ser considerados *sujetos de derechos.* La protección frente a circunstancias potencialmente dañinas para niños y niñas es el objeto solamente de un grupo de artículos. De hecho, se suele hablar de que la Convención establece, junto a los derechos de protección, derechos de provisión (de bienes y condiciones materiales para una vida digna), derechos de promoción y derechos de participación.
Es este un cambio de perspectiva de gran calado. Porque, para empezar, trae, incorpora a todas las decisiones sobre asuntos que conciernan o afecten a niños y niñas, su propia *VOZ*. Y tener voz exige, a su vez, contar con *información suficiente* que permita formarse una opinión (no solo formalmente suficiente, sino habiendo garantizado que está entendiendo) y tener posibilidad de *ser escuchado*, esto es, disponer de momentos, contextos y clima adecuados para emitir esa opinión.
Y es la voz de ciudadanos y ciudadanas de HOY, no personas adultas del mañana, por lo que sus necesidades no siempre son las nuestras y su opinión a veces nos desconcierta. Pero están en su derecho a tenerla y a ser escuchados.

2. Muy relacionado con ser sujeto de derechos se encuentra el principio también proclamado en la Convención del *interés superior del menor*. Según la interpretación del Comité de los Derechos del Niño, el interés superior del menor no es solo un concepto jurídicamente indeterminado. No. El interés superior del menor es un concepto bastante determinado y triple:

   — Un *derecho sustantivo*: el derecho del niño/niña a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta al sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño, a un grupo de niños concretos o genérico o a los niños y niñas en general.
   — Un *principio jurídico interpretativo* fundamental: si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño/niña.
   — Una *norma de procedimiento:* siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño/niña concreto, a un grupo de niños/niñas concreto o a los niños y niñas en general, el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño/niña o los niños/niñas interesados. Además, la justificación de las decisiones debe dejar patente que se ha tenido en cuenta explícitamente ese derecho. En este sentido, los Estados partes deben explicar cómo se ha respetado este derecho en la decisión, es decir, qué se ha considerado que atendía al interés superior del niño, en qué criterios se ha basado la decisión y cómo se han ponderado los intereses del niño frente a otras consideraciones.

Y esto es de aplicación en todas las decisiones judiciales y administrativas y en todas las etapas del proceso de aprobación de leyes, políticas, estrategias, programas, planes, presupuestos, iniciativas legislativas y presupuestarias y directrices relativas a los niños y niñas en general o a un determinado grupo.

3. Los niños y niñas de la Convención son *personas en desarrollo,* en proceso de aprendizaje, de construirse como seres autónomos y parte de una comunidad. El derecho a la educación cobra así una especial relevancia y no solo en lo tocante a los aspectos de adquisición de conocimientos académicos, técnicos y profesionales, que también. El artículo 29 dice claramente que la educación debe estar encaminada a: a) desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño y de la niña hasta el máximo de sus posibilidades; b) inculcarle el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales; c) prepararle para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena; d) inculcarle el respeto del medio ambiente natural.
4. Y son personas en desarrollo para bien y para mal porque, si bien es cierto que son mayores sus oportunidades de aprendizaje, también lo es que son *más vulnerables* ante circunstancias potencialmente dañinas, de ahí que necesiten *especial protección.* Pero insisto: no lo presento en primer lugar. No tanto porque tenga una importancia menor, sino porque la protección la tenemos habitualmente más presente.
   Además, la Convención incorpora en esto de la protección una perspectiva también activa y positiva. No solo se trata de ser preservado de, sino también promocionado para. Es cierto que tiene derecho a ser protegido del maltrato, del abuso, de las dro-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

gas ilegales… pero además, y cito el inicio del artículo 24: *Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.*

5. Los principales *responsables* de garantizar todo esto son *los progenitores,* pero no hemos de olvidar que al Estado (y cuando digo Estado sigo hablando también de las Comunidades Autónomas en este Estado de las Autonomías en el que vivimos) se le exige apoyarles en su tarea. Y avanzo ya aquí que no hablamos sólo de dinero o ayudas económicas.
6. Por último, quiero destacar el *principio de no discriminación,* que nos hace presente que hay grupos de chicos y chicas con contextos y circunstancias más difíciles, menos seguros y con los que el trabajo por la igualdad de oportunidades cobra total sentido.

B) *Lo que aplicado a la legislación sobre alcohol y menores...*

Aplicar estos elementos, a mi entender fundamentales, a las políticas públicas sobre alcohol y menores supone, también a mi entender:

1. Legislar siempre para posibilitar la intervención en *clave educativa* o, dicho de otra manera, impregnar todas las medidas que se contemplen de la perspectiva y la orientación educativa.
   Esto nos lleva, para empezar, a poner más peso en la prevención que en la sanción, pero incluso cuando esta se de o sea necesaria, pensada, orientada y dirigida desde parámetros educativos.
   Pasando al campo de las políticas públicas, de las que lo legislativo es solo una parte, y siguiendo las reflexiones de Jaume Funes[1] (Defensor del Menor en Cataluña hace unos años), yo diría que es tarea de nuestras autoridades hacer pedagogía y difundir un mensaje sensato, aceptando un objetivo compartido que, en el caso del alcohol, propone él y nosotros compartimos su opinión, sería que nuestros chicos y chicas, nuestros hijos e hijas, hagan lo que la mayoría de nosotros hemos hecho: aprender a relacionarse de una manera no problemática con la bebida. Antes, necesitamos reconocer y explicar que el alcohol es

[1] «*Los adolescentes y sus alcoholes (Notas para el debate)»,* en el Encuentro-Debate «Menores y alcohol» (Hackeando la prevención), organizado por EDEX, Fundación Vivir sin Drogas y Ayuntamiento de Portugalete. Portugalete, 18 de diciembre de 2012.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

una droga peligrosa. «Hemos aprendido a ser más felices con un vino reserva que con un crianza, a beber en buena compañía mejor que en soledad. Pero también hemos aprendido qué significa una resaca y una vida centrada en la bebida. Sabemos distinguir —sigue diciendo él— entre las neuronas animadas y las empapadas».

2. Legislar para *acompañar a los y las adolescentes* con la convicción de que son protagonistas de sus aprendizajes, tienen voz y opinión, además de ser agentes de prevención cualificados, como decían los chicos y chicas de nuestro Consejo de Participación. Esto, formulado en clave de derechos, y vuelvo a tomar prestadas las palabras de Funes, significa que yo, adolescente, tengo derecho:

   a) A que mis adultos se preocupen por mis consumos.
   b) A que me tengan en cuenta, a que mi visión adolescente, pero tan válida como otras, sea considerada.
   c) A experimentar, imaginando distintos usos de los de las personas adultas. Porque, estarán conmigo en que, cuando se trata de drogas, lo que básicamente va cambiando son las formas de usarla…
   d) A una vida con algo más que tiempo vacío.
   e) A una concreción del derecho a ser responsable… y a equivocarme.
   f) A aprender de mi propia experiencia… y de la de mis iguales.
   g). A usos seguros y a las redes de protección (reducción de riesgos).
   h) A un discurso con referencias éticas, en el que están presentes los criterios de valor.

   En relación con estos derechos, tres palabras relacionadas con las medidas sancionadoras que todas las normativas incorporan:

   — Como decíamos, aprendemos de lo que hacemos, también cuando nos equivocamos. No siempre hacemos lo adecuado, lo indicado, a la primera. Probamos, experimentamos, vivimos experiencias «en carne propia»… y el resultado de todas no es siempre positivo.
   — Como sujetos en formación, el objetivo prioritario no es tanto sancionar, castigar, como corregir. La sanción es un momento de oportunidad, una ocasión privilegiada para reflexionar y valorar la experiencia, con todas las consecuencias que ha lle-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

vado aparejadas. Es un momento idóneo, además, para trabajar cómo puede uno conducirse y no solo cómo no corresponde hacerlo.

— Y en este momento, fundamental escuchar e implicar en la solución.

3. Legislar para *acompañar a padres y madres* en su tarea de «acompañar» a sus hijos e hijas en el difícil viaje de crecer. Como decíamos, es responsabilidad de los progenitores garantizar los derechos de sus hijos e hijas, pero el Estado tiene la obligación de apoyar a estos progenitores en el desempeño adecuado de su responsabilidad. Y bajando ya a las políticas públicas, no tanto a lo que normativamente quede establecido, creemos que *¡basta ya de charlitas, encima al selecto club de los más interesados, los más preocupados y los más dispuestos!* Es el momento de aumentar la implementación de programas de parentalidad positiva en diversas áreas de intervención y de las diferentes instituciones. Hay que avanzar en el uso de procedimientos eficaces para la adquisición de competencias parentales. Ello implica: abordar el *conjunto* de competencias que conlleva la parentalidad positiva; utilizar *estrategias activas, de carácter práctico* y adaptadas a *situaciones reales* de la vida diaria; reflexionar *sobre la propia experiencia de crianza/educativa* y construir *aprendizajes significativos* personalmente.

4. Legislar para facilitar un c*ontexto protector*.
   Decíamos antes que en la tarea de aprender a relacionarse con el alcohol de una manera no problemática era importante, de entrada, reconocer y explicar que el alcohol es una droga peligrosa. En coherencia con esto, deberemos decir que toda relación con una sustancia peligrosa requiere que no sea estimulada, que la publicidad no le dé un valor que no tiene, que no se promocione como si fuera imprescindible en nuestras vidas. El aprendizaje del control y la moderación es incompatible con la promoción.
   En esto de las bebidas alcohólicas, habremos de reconocer que hablamos de negocio, de negocio puro y duro. Y aquí la contradicción: el negocio, que facilita la ley, pretende que bebamos más y más. Que bebamos más y más todos, no solo los y las menores de edad, pero tampoco le importa si son ellos los que beben. La educación, decíamos, pretende que aprendan a beber. Y estas dos pretensiones, lo miremos como lo miremos, se explique como se explique, son incompatibles. Totalmente.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

5. Por último, legislar para los más vulnerables, conforme al principio de no discriminación y de igualdad de oportunidades. Esto es, prestar especial atención a los peor situados «desde la casilla de salida». Conocidos los factores de riesgo, trabajemos especialmente los factores de protección.
   Además, llegados al punto de ser «adolescente en riesgo», más y mejor prevención. Como decimos en nuestro informe extraordinario sobre esta materia[2], más y mejor prevención selectiva. Bajando a la arena de la práctica, en aquel informe recomendábamos, entre otras cuestiones:

   — Desarrollar programas de prevención selectiva dirigidos a superar en la población vulnerable la concurrencia de déficits de carácter psico-social y socioeducativo (presentismo, impulsividad, bajo autocontrol, bajo auto-concepto, baja motivación…).
   — Desarrollar programas integrales en zonas en las que se da una alta concentración de problemas y dificultades socioeconómicas y culturales, que dificultan la incorporación de los/las menores a una vida social plena de derechos, situándolos en grave riesgo de exclusión (por uso habitual de drogas, comisión de delitos…).
   — Apoyar a los recursos de atención específicos de prevención indicada dirigidos a menores adolescentes y jóvenes, con consumos problemáticos y/o con problemas de comportamiento, para los cuales los programas de prevención selectiva no resulten satisfactorios. Crear nuevos recursos de este tipo en el caso de que los existentes se muestren insuficientes.

C) *En definitiva y recapitulando*

—Sí a una legislación con perspectiva de derechos y, por tanto: 1) promotora del desarrollo integral y saludable de los chicos y chicas; 2) que da voz y protagonismo a los chicos y chicas; 3) protectora.

[2]Ararteko: *El papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas de la adolescencia*. Vitoria-Gasteiz, 2010.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—Sí a una legislación orientada en clave educativa (también cuando se equivocan) y con un nítido mensaje pedagógico.
—Sí a una legislación que contemple tanto actuaciones para disminuir la demanda (aquello del control y la moderación, de convivir con el alcohol), como para limitar la oferta.
—Sí a una legislación que dé soporte, cobertura y exija la puesta en marcha de potentes acciones preventivas (a múltiples agentes).
—Sí a una legislación contundente con la oferta de sustancias.
—Sí a una legislación que no olvida a los colectivos, a los chicos y chicas en mayor riesgo.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 6

La regulación como prevención ambiental del consumo de alcohol

J.R. Villalbí

Introducción

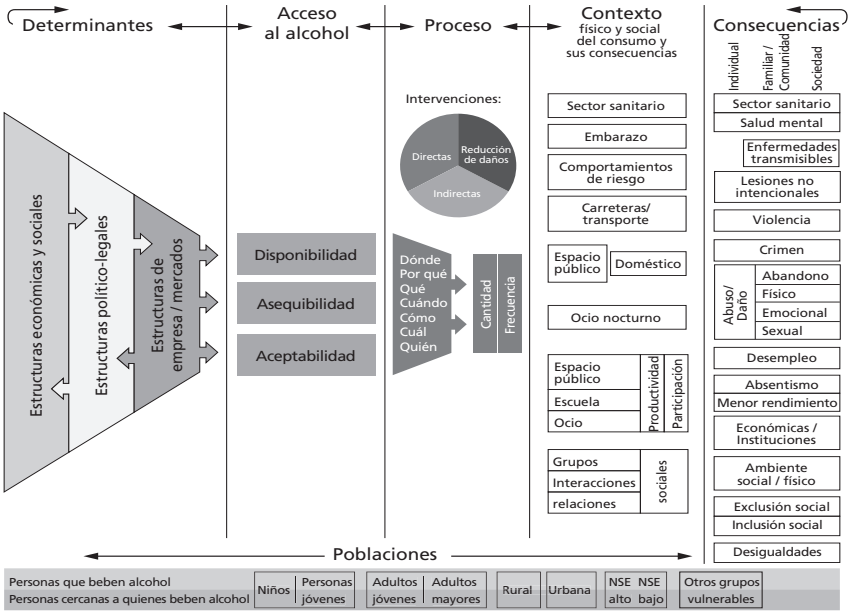
Los daños que causa el alcohol en una sociedad tienen que ver básicamente con el volumen consumido y con el patrón de consumo, pero se ven también muy influidos por el contexto del consumo y sus consecuencias. La cantidad y el patrón de consumo dependen de la accesibilidad al alcohol, y esta está mediada por determinantes estructurales. La figura 1 intenta reflejar en un marco conceptual estas relaciones (Martineau *et al.*, 2013).

Durante años se ha considerado que en los países del Sur de Europa el consumo de alcohol estaba integrado en la estructura cultural, sin mecanismos restrictivos de control formal, y con poca visibilidad del consumo problemático (Room & Mäkelä, 2000). Con los cambios sociales de las últimas décadas, este esquema se ha cuestionado (Anderson & Baumberg, 2006). Por un lado hay un menor consumo medio y menos consumo diario, y por otro, se aprecia un incremento en los episodios de consumo intensivo y borracheras en jóvenes en nuestro país, con consecuencias sanitarias y sociales (Villalbí & Brugal, 2012; Sarasa-Renedo 2014). Esto refleja que en algunos segmentos juveniles hay una percepción del consumo intensivo como normativo entre sus pares (Pascual Pastor, 2002; Calafat Far, 2007; Salamó *et al.,* 2010), además de amplia accesibilidad al alcohol.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Figura 1

Marco conceptual de los mecanismos causales que van de los *drivers* proximales del consumo de alcohol a sus efectos adversos



Fuente: Adaptado con permiso de los autores de Martineau *et al.*, 2013.

Políticas preventivas

Como respuesta a este problema se han adoptado diversas políticas, entre las que destacan algunas regulaciones formales (Villalbí, 2014). Las más visibles y conocidas son las relativas al alcohol y la conducción, que han conseguido una importante reducción de las lesiones por tráfico en España (Pulido, 2014). Otras regulaciones relevantes son las que afectan a la disponibilidad del alcohol mediante restricciones a su venta y consumo, que diversos gobiernos locales y autonómicos han adoptado y luego se han aplicado de forma variable según el contexto. El valor de las políticas regulatorias para reducir el consumo problemático de alcohol se ha revisado recientemente de forma exhaustiva (Babor, 2010). En la tabla 1 se presentan sucintamente las políticas que han demostrado efectividad. Las tres más importantes y con efectividad documentada son la política fiscal y de precios, la regulación de la disponibilidad y accesibilidad al alcohol, y las medidas sobre conducción y alcohol.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Tabla 1

Políticas públicas que pueden influir en el consumo de alcohol, por eje temático

Ejes temáticos	Políticas públicas
Política fiscal y de precios	Impuestos como instrumento para subir el precio y disminuir el consumo.
Regulación de la accesibilidad física y la disponibilidad del alcohol	Regulación de puntos de venta, espacios de consumo (horarios, límites, espacios sin venta de alcohol...). Regulación de la venta a menores.
Medidas sobre conducción de vehículos y alcohol	Regulación de límites para la conducción y otras actividades. Controles de alcohol en aire espirado. Suspensión del permiso de conducir.
Tratamiento e intervención precoz	Formación del personal sanitario. Programas en atención primaria de salud y otros entornos asistenciales. Programas en entornos laborales. Consolidación y acreditación de una red especializada de atención a la dependencia. Programas dirigidos a los familiares de las personas con dependencia. Fomento de organizaciones y grupos de ayuda mutua de afectados y familiares. Tratamiento obligatorio para personas con problemas legales relacionados con el alcohol.
Regulación de la promoción y publicidad	Restricción de la publicidad en medios de comunicación y espacios públicos. Restricción del patrocinio.
Otras políticas públicas relevantes	Campañas de publicidad e informativas, fomentando la difusión de los resultados de la investigación sobre el impacto sanitario y económico de los trastornos asociados al consumo de alcohol y la eficacia de las medidas de prevención. Presencia del alcohol en actos y sedes institucionales. Tratamiento del problema en la enseñanza obligatoria. Fomento de la investigación (básica, aplicada y evaluativa). Formación de expendedores y camareros. Regulación del etiquetado. Alertar a la comunidad sobre la constante acción de oposición a las regulaciones preventivas de la industria alcoholera y sus colaboradores.

Fuente: Elaboración propia a partir de Anderson y Baumberg, 2006 y Babor *et al.*, 2010.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

También son relevantes, aunque los datos empíricos específicos sobre su efectividad o su coste-efectividad sean menores, las políticas sobre regulación de la promoción y la publicidad, y las de tratamiento e intervención precoz. Finalmente, hay otras acciones cuya efectividad no está demostrada, aunque sean sugestivas o se apliquen en muchos países como los programas educativos para menores, los intentos de modificar el contexto de consumo, o las campañas de información pública.

En este trabajo se hará énfasis en dos aspectos regulados y su relevancia al actuar localmente, a partir de la experiencia adquirida en la ciudad de Barcelona. Estos son la disponibilidad del alcohol, y las medidas sobre alcohol y conducción.

Disponibilidad física del alcohol

Las políticas que hacen referencia a la disponibilidad física del alcohol se refieren a la accesibilidad y facilidad para obtener y/o consumir bebidas alcohólicas. En esencia, generan barreras que implican un mayor esfuerzo para obtener alcohol de modo que tienden a reducir el consumo de la población (Baumberg y Anderson, 2006). Se trata de una forma de incrementar los costes no monetarios del consumo de alcohol. Contrariamente, cuando la accesibilidad es mayor, es más fácil consumir. La regulación de la accesibilidad física se basa en el establecimiento de controles y normas sobre los puntos de venta y servicio de bebidas alcohólicas, la diferente disponibilidad de las bebidas alcohólicas según su concentración de alcohol y en la existencia de restricciones en el acceso al alcohol en determinadas situaciones (especialmente para jóvenes) (Babor *et al.*, 2010). Otras regulaciones sobre la accesibilidad están relacionadas con la fijación de una edad mínima para comprar/consumir, y también para vender. En muchos países la edad mínima se sitúa en 18 años, pero en los EE.UU. son 21 años en muchos estados. Se puede segmentar el comercio de bebidas en función de su concentración de alcohol, por ejemplo, restringiendo la venta de bebidas de alta graduación en locales situados a pie de carretera o en supermercados. También se incluirían en este grupo las políticas relacionadas con la cantidad de alcohol que puede ser vendido y consumido en un determinado contexto (por ejemplo, en bares o restaurantes). También es relevante la prohibición del consumo en la vía pública, vigente en muchos países. Estas regulaciones proceden de los distintos niveles de gobierno (central, estatal o regional, y local), según la organización política y

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

administrativa propia de cada país. Su adopción suele generar fuertes resistencias de los sectores implicados, que defienden sus intereses económicos.

En España, los horarios de los locales de ocio nocturno son muy amplios. Además, tradicionalmente los comercios alimentarios han vendido bebidas alcohólicas sin precisar de una licencia especial, y la liberalización de horarios comerciales en los últimos años ha resultado en un claro incremento de la disponibilidad de bebidas alcohólicas a coste relativamente bajo, algo especialmente visible en las grandes ciudades. Esto se podría relacionar con fenómenos como el botellón (consumo en grupo en espacios públicos de bebidas adquiridas en el comercio minorista, especialmente los fines de semana), y con el notable incremento de episodios de consumo intensivo o borrachera documentados en los últimos años (Valencia-Martín J., 2007). Esta dinámica se percibe cada vez más como un problema, por lo que han surgido iniciativas de regulación locales y autonómicas, con valor desigual al responder a prioridades diversas que no siempre son las mejores para la salud. Entre las de mayor interés preventivo destacan: la prohibición de la venta a menores de 18 años y de vender alcohol en los comercios en horario nocturno, la prohibición de consumo en espacios públicos (que no sean terrazas o espacios delimitados de establecimientos), y la limitación de los horarios comerciales de establecimientos de alimentación en zonas céntricas de algunas ciudades.

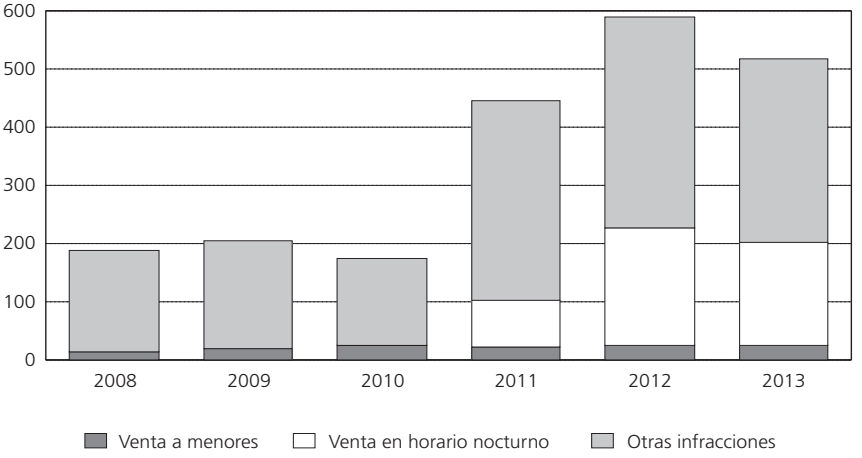
En Cataluña la normativa autonómica prohíbe la venta en establecimientos donde no se permite el consumo (comercio alimentario) desde las 23:00 a las 8:00 de la mañana siguiente y obliga a la rotulación visible de esta norma desde 1998. Asimismo, prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años desde el año 2002. Tanto las infracciones por venta a menores como por venta nocturna se consideran graves, por lo que se asocian a sanciones cuyo importe mínimo es de 3.000 euros. La figura 2 ilustra el número de denuncias de la Guardia Urbana a establecimientos de pública concurrencia (principalmente comercios alimentarios, bares y cafeterías) por infracciones relacionadas con el alcohol entre 2008 y 2013. Se detallan las causadas por la venta de bebidas alcohólicas a menores, las debidas a la venta de alcohol durante el horario nocturno, y las relativas a otras infracciones, la mayoría por falta de rotulación. Como puede apreciarse, a partir de 2011 el número de denuncias se incrementó notablemente, tanto por aspectos relacionados con la rotulación como por la emergencia de denuncias relacionadas con la venta en horario nocturno, que pasan de ser testimoniales y limi-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

tadas a gasolineras situadas dentro del casco urbano a unas 200 denuncias al año. En cambio, las denuncias por venta a menores oscilan entre 15 y 30 al año.

Figura 2

Denuncias de la Guardia Urbana a establecimientos por infracciones de las normas referidas a venta de alcohol, por tipo de infracción. Barcelona, 2008-13



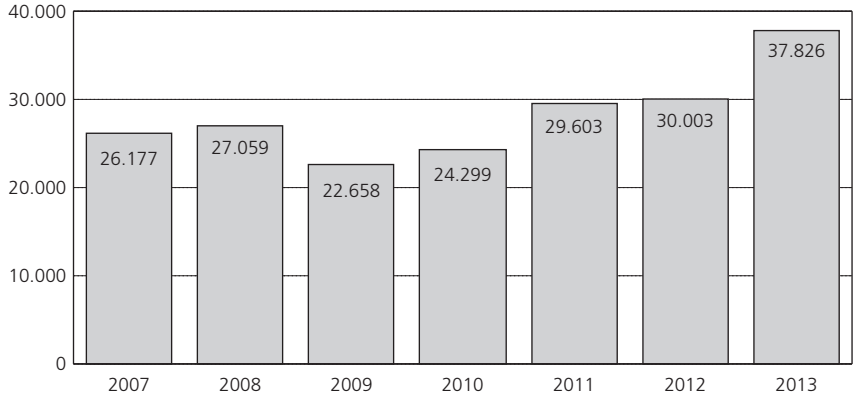
Fuente: Elaboración propia.

En Barcelona, la ordenanza de medidas para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público, popularmente conocida como ordenanza del civismo, entró en vigor durante el año 2006. En ella se recogen dos prohibiciones relevantes. Está prohibido el consumo de alcohol en la vía pública cuando pueda causar molestias a vecinos o transeúntes, y queda prohibido su consumo en envases de vidrio o de lata, salvo en terrazas de bares y restaurantes. La infracción de estos preceptos tiene carácter leve, por lo que estas denuncias comportan una sanción de un importe mínimo de 30 euros, con la posibilidad de su sustitución por medidas alternativas. La figura 3 muestra las denuncias practicadas por la Guardia Urbana por consumo de alcohol en la vía pública. Tras la entrada en vigor de la ordenanza municipal, la cifra anual de denuncias se ha incrementado, pasando de unas 26.000 en 2007 a aproximadamente 38.000 en 2013.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Figura 3

Denuncias de la Guardia Urbana por consumo de alcohol en la vía pública contraviniendo las ordenanzas municipales. Barcelona, 2007-13



Fuente: Elaboración propia.

Alcohol y conducción

Buena parte del daño atribuible al consumo de alcohol deriva de las lesiones por tráfico, causadas por vehículos conducidos por personas intoxicadas: la evidencia científica indica que el riesgo de sufrir una colisión aumenta a partir de alcoholemias iguales o superiores a 0,2 g/l, y que se dobla a partir de 0,3 g/l. El establecimiento de unos niveles máximos de alcoholemia en conductores (estimadas de forma habitual mediante la medida del alcohol en el aire espirado) es un elemento básico de prevención, que puede plantearse con mayor exigencia para conductores profesionales y conductores jóvenes o noveles. Por ello, es importante hacer pruebas de alcoholemia aleatorias o selectivas, cuya realización sea obligatoria. Los casos de reincidencia deben tener un tratamiento específico y disuasorio. El objetivo de estas políticas es minimizar la probabilidad de que una persona intoxicada conduzca. Por ello, hace falta obtener un equilibrio entre la severidad del castigo, la probabilidad de que se aplique realmente, y la rapidez del procedimiento. De la combinación apropiada de estos tres factores resulta el efecto real, ya que, a veces, una mayor severidad puede ser un obstáculo. En cualquier caso, lo más importante es la percepción por parte de la población de que un conductor intoxicado será detectado, que la penalización se aplicará, y que esto sucederá con rapidez.

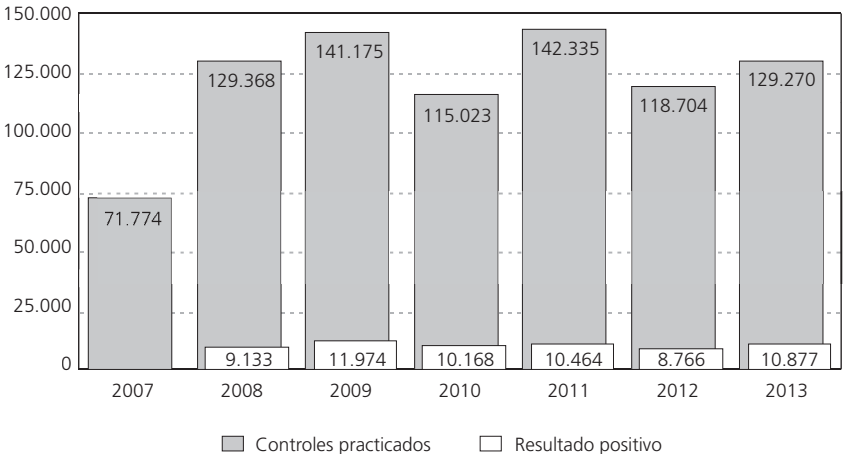
La situación española ha mejorado notablemente en los últimos años: parte del éxito deriva de haber conseguido cambiar la percepción

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

social del problema. Han sido elementos clave la adopción del carné por puntos y la inclusión en el código penal de algunos comportamientos como delitos contra la seguridad del tráfico. Actualmente, las concentraciones máximas de alcohol en sangre mientras se conduce son de 0,5 g/l de sangre para población general y 0,3 g/l para conductores noveles o profesionales, correspondiendo en aire espirado a 0,25 mg/l y 0,15 mg/l, respectivamente. El código penal considera delitos contra la seguridad del tráfico (castigados con penas de prisión, multa o trabajos en beneficio de la comunidad) el conducir con tasas de alcohol superiores a 1,2 g/l de sangre (0,6 mg/l en aire espirado), y como delito castigado con prisión la negativa a someterse a las pruebas. Estas acciones han tenido un claro efecto en las cifras de accidentes por tráfico y en las defunciones relacionadas, que muestran un descenso pronunciado desde 2006. En la medida en que las actuales regulaciones muestran niveles de aceptación y cumplimiento crecientes, así como un impacto favorable, se puede plantear una regulación más estricta para el futuro (como se ha hecho en otros países o con pilotos de aeronaves), puesto que el riesgo de sufrir un accidente de tráfico aumenta con niveles de alcoholemia inferiores a los fijados actualmente.

Figura 4

Controles de alcoholemia practicados por la Guardia Urbana en conductores de vehículos y proporción de resultados que superan los límites establecidos. Barcelona, 2007-13



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Por diferencias en la forma de gestionar esta información, no se ha podido obtener la proporción de resultados positivos para el año 2007.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

En la figura 4 se presenta el número de controles de alcoholemia practicados por la Guardia Urbana en conductores de vehículos de 2007 a 2013, y la proporción de pruebas que superan los límites establecidos (salvo para el año 2007, en que no estuvieron disponibles por gestionarse la información de otra forma hasta ese año). Partiendo de unos 71.000 controles en 2007, se llegó a una media de 129.000 al año (de 115.023 a 142.336). En estos controles se generaron entre 9.000 y 11.000 denuncias al año por superar los límites marcados de alcohol en aire espirado.

Educación y regulación

Muchas veces se contrapone la regulación (tildada de represiva) a la educación (vista como panacea). Pero la educación se adquiere cada día, y mediante la interiorización de las normas sociales, formales o informales. En el seno de la familia, buena parte de la educación de los hijos consiste en marcar reglas y límites. En una sociedad democrática, las regulaciones son normas sociales convertidas en normas legales, para reforzar su cumplimiento, por decisión de los representantes electos. Los programas educativos para menores que se invocan con frecuencia tienen una efectividad cuestionada, que en el mejor de los casos parece modesta. Esta falta de efectividad podría deberse en algunos casos a un pobre diseño de los programas evaluados, pero en otros casos podría ser debida a la ejecución mediocre o incompleta de un programa que en principio es eficaz. No hay que olvidar que hay acciones «educativas» que son contraproducentes, y la industria alcoholera propone campañas claramente ambivalentes (como hizo también en su día la industria tabaquera), con la complicidad de algunos responsables políticos. Por otra parte, las campañas de publicidad e información pública pueden ser de interés, pero hay ejemplos de campañas erróneas, con mensajes subliminales contraproducentes. Hay que tener en cuenta que la industria del alcohol invierte un volumen de recursos muy importante en promoción, mientras que los esfuerzos realizados para la prevención apenas alcanzan una pequeña proporción de los realizados para fomentar el consumo. Y que, además, muchas de las mejores agencias de publicidad tienen contratos con las grandes empresas que controlan el mercado de bebidas (algo que también sucedía en el caso del tabaco hasta que se prohibió su publicidad).

Aunque en los medios de comunicación y en internet aparecen con frecuencia informaciones sobre sanciones a locales o ciudadanos relacionadas con la venta o el consumo de alcohol, no hemos encontrado

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

datos de otras ciudades o comunidades sobre su frecuencia absoluta o relativa; tan solo los datos relacionados con la seguridad vial aparecen recogidos sistemáticamente en informes de la Dirección General de Tráfico (DGT) o las policías autonómicas. Los datos de Barcelona sugieren que en la ciudad las normas legales surgidas en los últimos años se están traduciendo en un esfuerzo organizado y cada vez más coherente orientado a reducir la oferta y consumo de alcohol a bajo coste accesible a menores y en horario nocturno y la conducción bajo la influencia del alcohol. No se han documentado en la ciudad episodios de botellón masivo en espacios públicos, que sí se han producido en otras ciudades de nuestro medio (Rodríguez Martos, 2007). De acuerdo con los esquemas propuestos por Foxcroft (Foxcroft, 2014), estas acciones, que complementan otros esfuerzos preventivos basados en la educación para la salud, deberían modificar la percepción social del consumo de alcohol en los menores en un sentido menos favorable al consumo, contribuyendo a crear un entorno de prevención ambiental.

Se puede intentar una aproximación a la magnitud relativa de cada uno de estos esfuerzos, que será clave para su percepción pública. Se estima que en Barcelona hay 968.000 vehículos censados, y en la región metropolitana 27.000 desplazamientos diarios que comportan casi 10 millones de desplazamientos al año. En este contexto, se puede estimar que hay 1,3 controles de alcoholemia al año por cada 100 desplazamientos metropolitanos, y 13 controles de alcoholemia al año por cada 100 vehículos censados. Los controles se realizan con más frecuencia en horario nocturno, en fin de semana, y en zonas con más locales de ocio. La proporción de controles que detecta una infracción oscila entre 7,1 y 8,8 %. Los aproximadamente 130.000 controles anuales de la Guardia Urbana deben relacionarse también con los que realiza el Cuerpo de Mossos de Esquadra, que van de 400.000 a 600.000 controles al año en Catalunya, especialmente en vías interurbanas. En su conjunto, configura una presión notable respecto al control de la conducción bajo los efectos del alcohol, que ha mostrado un impacto favorable en los indicadores de alcoholemia basados en muestras representativas y en las lesiones por tráfico (Alcañiz, 2014; Pulido, 2014). Por lo que respecta a los establecimientos minoristas de alimentación, se estima que hay 4.200 en la ciudad, la mayoría de los cuales cierra antes de las 21:00. Si los usamos como denominador, una estimación de la frecuencia relativa de las denuncias por venta en horario nocturno en este sector las acercaría a 5 por cada 100 establecimientos en el último año estudiado (no podemos estimarla con respecto a los que abren en horario nocturno por no tener cifras de referencia, pero es de suponer que sean muy superiores). Esto sugiere por tanto una

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

frecuencia relativa de actuaciones relevante. La población mayor de 14 años empadronada en Barcelona se calcula en 1.420.000 habitantes, por lo que las 38.000 denuncias por consumo en la vía pública en el año 2012 equivalen a 2,6 por 100 habitantes/año. Si pudiéramos estratificarlas por zonas y por grupos de edad, probablemente mostrarían unas frecuencias relativas mayores.

Esta dinámica debe ponerse en el contexto de los cambios que se han dado en el mercado de la venta de bebidas alcohólicas y en la oferta de ocio, que han afectado a la ciudad. Por un lado, la creciente desregulación de horarios comerciales ha supuesto que la venta de alcohol en los establecimientos alimentarios (tradicional en nuestro medio y no sometida a licencia) se haya ampliado durante la noche y los fines de semana. La limitación de venta en horario nocturno intenta precisamente paliar los problemas que el acceso a bebidas alcohólicas a bajo coste comporta (Villalbí, 2014). Por otro lado, la oferta de ocio nocturno se ha ampliado notablemente en una ciudad en la que el turismo tiene un peso cada vez mayor en la economía. Finalmente, los cambios en la dinámica familiar y los patrones de ocio adolescente y juvenil llevan a que la proporción de jóvenes (incluso de menores) fuera de su casa hasta horas avanzadas de la noche haya aumentado, y esto se asocia con el consumo de riesgo (Llorens, 2011). Por tanto, el esfuerzo regulatorio y de velar por el cumplimiento de las regulaciones se contrarresta con otros cambios sociales que favorecen un mayor consumo. Otra fuerza a tener en cuenta es el marketing de la industria del alcohol, del que hay poderosos indicios de su impacto en el consumo (Montes-Santiago 2007).

Evidentemente, hay que tener en cuenta otras acciones de los servicios de salud pública para reducir el consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes y jóvenes. En la ciudad, destacan los programas educativos de prevención universal (Foxcroft, 2011) ofrecidos en la educación secundaria y que alcanzan una cobertura relevante (Juárez *et al.,* 2014), así como las acciones de prevención selectiva basadas en intervenciones de prevención inespecífica en barrios considerados de mayor riesgo (Bartroli *et al.,* 2012), además de los programas de prevención indicada (Guitart *et al.,* 2012). Pero como bien muestran los datos, las acciones de prevención poblacionales tienen el máximo potencial preventivo (Martineau, 2013). De este modo, habría que contemplar las acciones de ejercicio de la autoridad para hacer cumplir las normas formales relacionadas con la venta y consumo de alcohol en nuestro medio como acciones de prevención ambiental universal, que modifican el entorno (Foxcroft, 2013). La secuencia que va desde la aprobación de normas sobre el consumo de alcohol hasta su cumplimiento efectivo es clave para reducir las percepciones sociales que han llevado a la banalización del consumo de alcohol

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

en algunos grupos de población. Este es el factor que influye en los costes y beneficios percibidos del consumo por los jóvenes, y en la definición de la norma social que ellos perciben.

Bibliografía

Alcañiz, M., Guillén, M., Santolino, M., Sánchez-Moscona, D., Llatje, O., Ramon, L. Prevalence of alcohol-impaired drivers based on random breath tests in a roadside survey in Catalonia (Spain). *Accid Anal Prev. 2014*; 65:131-41. doi: 10.1016/j.aap.2013.12.021.

Anderson, P., Baumberg, B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S. *et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy (2nd ed).* Oxford : Oxford University Press, 2010 (disponible en español en http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/alcohol.pdf).

Bartroli, M., Espelt, A., Castellano, Y., Brugal, M.T. De marxa fent esport: perfil dels participants a la 1a fase del programa el curs 2010-11. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2012. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/De_Marxa_Esport_2010_11_Informe.pdf

Burkhart, G. Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones* 2011; 23(2): 87-100.

Calafat-Far, A., El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones 2007*; 19: 217-23.

Foxcroft, D.R. Form ever follows function. This is the law. A prevention taxonomy based on a functional typology. *Adicciones 2014*; 26: 10-4.

Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A., Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane *Database Syst Rev. 2011*; 11 (5): CD009113. doi: 10.1002/14651858.CD009113.

Guitart, A.M., Guitart, A.M., Bartroli, M., Villalbí, J.R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A., Brugal, M.T. Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Rev Esp Salud Publica. 2012*; 86(2):189-98.

Guix, J., Villalbí, JR., Armengol, R., Llevaría, X., Manzanera, R., Plasència, A. *et al.* Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. *Gac Sanit*. *2008*;22(3):267-74.

Juárez, O., Pasarín, M.I., Arcas, M.M. Programes preventius en centres d'educació secundària de Barcelona. Avaluació del curs 2011-2012. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2014. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Avaluacio_programes_curs2011_12.pdf.

Llorens, N., Barrio, G., Sánchez, A., Suelves, J.M. Effects of socialisation and family factors on adolescent excessive drinking in Spain. *Prev Sci 2011*; 12:150-61. doi: 10.1007/s11121-010-0195-0.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Martineau, F., Tyner, E., Lorenc, T., Petticrew, M., Lock, K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Prev Med 2013*; 57: 278-96.

Montes-Santiago, J., Álvarez-Muñiz, M.L., Baz-Lomba, A. Alcohol y publicidad en la prensa escrita en España. *An Med Intern (Madrid) 2007*; 24: 109-12.

Pascual-Pastor, F. Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones 2002*; 14 (Supl 1): 123-31.

Pérez, K., Santamarina-Rubio, E., Rodríguez-Martos, A., Brugal, M.T., Ricart, I., Suelves, J.M., de la T.R, Pujadas, M., Ariza, C., Díez, E., Nebot, M., Ramos, P., Martínez, B.V., Plasencia, A. Substance use among non-fatally injured patients attended at emergency departments in Spain. *Drug Alcohol Depend. 2009*;105:194-201.

Pulido-Manzanero, J., Indave, BI., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M., Barrio, G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública 2014*;88(4):493-513.

Rodríguez-Martos, A. ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones 2007*; 19: 325-31.

Room, R., Mäkelä, K. Typologies of the cultural position of drinking. *J Stud Alcohol 2000*: 61: 475-83.

Salamó, A., Gras, M.E., Font-Mayolas, S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema 2010*; 22: 189-95.

Sarasa-Renedo, A., Sordo del Castillo, L., Molist, G., Hoyos Miller, J., Guitart-García, A., Barrio, G. Principales daños relacionados con el consumo de alcohol en la población. *Rev Esp Salud Pública 2014*; 88: 469-91.

Valencia-Martín, J.L., Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res*. *2007*;31:1-8.

Villalbí, J.R. y Brugal, M.T. Epidemiología del consumo de alcohol y de sus consecuencias en la salud. En: Pascual Pastor, F., Guardia Serecigni, J. (Coords.). Monografía sobre el alcoholismo Barcelona. *Socidrogalcohol*, *2012*; 43-74. Disponible en http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html?download=23:monografia-sobre-alcoholismo-2012.

Villalbí, J.R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., Brugal, M.T. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Rev Esp Salud Pública 2014*: 88; 515-28.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 7

Al filo de lo imposible: legislar sobre jóvenes y alcohol

J. Zabala

Mi agradecimiento al Dr. Rodrigo Córdoba por haber podido compartir con él su experiencia y su visión

Empapados en alcohol

Dicen que los esquimales son capaces de identificar hasta 30 palabras para diferenciar las diferentes tonalidades del color blanco del que se encuentran rodeados. La cantidad de sinónimos que en euskera y castellano utilizamos para definir la intoxicación etílica, dan una idea de la inmersión cultural alcohólica que vive nuestra sociedad. Vocablos como *mozkorra* y *aitzurra* en euskera; y «borrachera», «manga», «melopea», «mona», «tajada», «cogorza», «moña», «tranca», «turca», «curda», «pedal», … o, sin llegar a beber tanto, «puntito», «chispa»… en castellano, delatan hasta que punto el alcohol (OH) impregna nuestra vida en sociedad.

Sabemos que las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas en minoría de edad tienen una mayor probabilidad de llegar a consumos de alcohol problemático. Sin embargo, también sabemos que en nuestro medio el alcohol no es una droga cualquiera, que forma parte de nuestra imagen colectiva, de nuestras relaciones sociales, de nuestra foto de familia, de la religión mayoritaria, de nuestra cultura. Casi todos conjugamos el alcohol: yo bebo, tú «privas», él «chupa», nosotros «copeamos» vosotros «pintxopoteáis», y ellas y ellos, a su for-

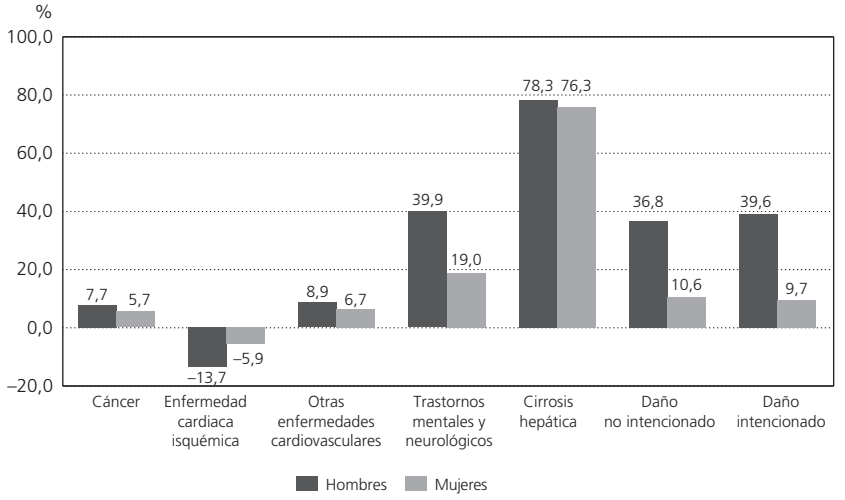
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ma personal e intransferible, «litran». Lo hacemos en los bares, en los txokos, en la vía pública, a plena luz y en horario nocturno. Nuestros jóvenes lo hacen en la calle y también a puerta cerrada en sus espacios de socialización, en sus lonjas.

En torno al alcohol, el debate científico y social acumula consensos y disensos. Sabemos que el alcohol etílico es su componente psicoactivo y que su consumo puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas. Acordamos en considerar el alcohol como una droga por los cambios físicos y mentales que su consumo puede generar en el organismo y porque además puede crear dependencia y tolerancia. Pero sabemos que en muchas personas el alcohol da pie a un consumo no tan adictivo, ni tan dañino como otras drogas. Patrones y pautas de uso en cuya definición no acaba de cerrarse el consenso médico y científico deseado. Aunque no se alcance un acuerdo sobre la edad y cantidad, la evidencia científica indica que, a diferencia de otras drogas, el consumo de alcohol puede resultar cardiosaludable si se realiza en edad adulta en pequeñas cantidades de bebidas fermentadas, y asociado a la dieta.

Figura 1

Proporción de muertes atribuibles al alcohol por grupos de enfermedad en UE en el tramo 15-64. Alcohol in the European Union OMS 2004



© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Sin llegar al grado de intoxicación alcohólica, tanto en el ámbito privado como en el espacio público, el consumo de alcohol también constituye en sí mismo un factor de riesgo para la seguridad vial de las personas, por ser causa directa e indirecta de accidentes, especialmente los relacionados con la conducción y tráfico de vehículos. En la misma línea, el binomio ocio-alcohol genera con frecuencia situaciones que pueden derivar en comportamientos incívicos, ruidos, acumulación de basuras, suciedad, etc., con lo que, además de las molestias vecinales directas y del riesgo para la salud pública, se puede generar un peligro para la convivencia y la seguridad ciudadana.

Históricamente el vino y la sidra son productos elaborados desde tiempo inmemorial en el País Vasco y en España. En torno a esta actividad se ha configurado un sector muy importante de nuestra economía, siendo las bebidas alcohólicas productos legales de venta bajo licencia en comercios, supermercados y establecimientos de hostelería en general de nuestros pueblos y ciudades.

Asimismo, el consumo de bebidas alcohólicas constituye un referente cultural y social que se plasma en multitud de usos y rutinas familiares y sociales. La iniciación al alcohol es un rito que se desarrolla en la juventud y que sitúa al menor en la necesidad de tomar decisiones personales, abiertas a todo tipo de influencias exteriores en las que el grupo y la cuadrilla son determinantes. Les repetimos a nuestros jóvenes que su cerebro en formación es especialmente vulnerable a los efectos del alcohol y a la vista de su respuesta colectiva no nos hacen demasiado caso. Quizás ocurra que los comportamientos sociales de nosotros los adultos tienen más trascendencia de la que pensamos en el modelaje educativo de los más jóvenes. Sea como sea, no hay duda de que la familia es el escenario privilegiado para la transmisión de unos criterios adecuados para el consumo y la gestión, no solo del alcohol, sino de las demás drogas con las que ellas y ellos convivirán a lo largo de su vida.

La Administración y la salud pública, con décadas de retraso tras el tabaco, van tomando conciencia de la necesidad de normalizar la convivencia social en torno al consenso mayoritario de no proporcionar una gota de alcohol a los menores. Dicha pretensión no deja de ser un esfuerzo a contracorriente diseñado por instituciones que no acaban de creerse que es necesario un gran consenso, un gran movimiento social normativo sobre el alcohol y no únicamente focalizado en el ámbito de los menores. Mirémonos al espejo y reconozcamos que nuestro aliento huele a alcohol, y que para ellas y ellos cambien primero debemos hacerlo las personas mayores.

En la escala de las políticas de alcohol que publica el grupo Alcohol Public Health Research Alliance AMPHORA (Alcohol Public Research,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

2012), España ocupa el puesto 25 de 34 países europeos. Está claro que aún queda mucho por hacer en el abordaje normativo de los menores, en un país donde parece imposible promulgar una ley genérica, para la prevención del consumo del alcohol. Tras las fracasadas tentativas de legalización del alcohol vividas en 2002 y 2008 y con el borrador de la esperada propuesta del Plan Nacional sobre Drogas sobre la mesa, es inaudito que en el año 2014 España continúe sin una Ley de Alcohol que ayude a gestionar sanitaria y socialmente esta droga.

Por dónde empezar

A la hora de construir una norma y antes de empezar a legislar, debemos responder a esta preguntas. ¿Qué debe trasmitir a la ciudadanía una Ley de Alcohol? ¿Cuáles son los mensajes implícitos y explícitos que tiene que comunicar?

En su día, y no sin dificultades, definimos el mensaje claro y directo de la Ley de Tabaco. Una ley que se va consolidando con el respaldo generalizado de la población:

El tabaco enferma y mata al que fuma, el humo involuntario también mata al que está al lado, por tanto no se puede fumar en sitios públicos cerrados ni donde haya menores y trabajadores. Los menores no deben de acceder al tabaco y se prohíbe taxativamente cualquier tipo de publicidad y patrocinio. La cosa está meridianamente clara.

¿Pero qué hacemos con el alcohol? ¿Cuál es el mensaje nítido, comprensible y aplicable que debemos trasladar a la sociedad en este intento legalizador que nuestra sociedad necesita?

¿Hay que fomentar el llamado «consumo moderado o responsable»? ¿Debemos prohibir la publicidad de las bebidas alcohólicas o debemos dejar que la industria del alcohol se regule sola? ¿Es posible prohibir todo tipo de publicidad de alcohol, o hay que establecer grados y condiciones?

Respondiendo a esas cuestiones desde la salud pública, vemos que no existe un consumo moderado de alcohol que resulte beneficioso de forma universal para todos los grupos de edad. No podemos trasmitir a la población como beneficioso el paradigma del consumo responsable y moderado por su evidente indefinición y sesgo ideológico y subjetivo. Que levante la mano el que consuma irresponsablemente. Nadie se da por aludido, pues todos bebemos de manera responsable. En mi opinión el término adecuado para gestionar el alcohol en sociedad es: *alcohol cuanto menos mejor* y, si es que bebemos, hablemos de *consumo de alcohol adulto de bajo riesgo* que puede cuantificarse en mayo-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

res de edad como un consumo menor de 2,5 UBE (unidades de bebida estándar) al día en mujeres y 4 en hombres.

Los mensajes poblacionales clave serían según edad

— Menores de edad, *consumo cero.*
— Mayores de edad, no hablar de consumo responsable sino de consumir *cuanto menos mejor* para los adultos y de *incompatibilidad* del alcohol con la conducción de vehículos, la actividad laboral, el aprendizaje y la actividad deportiva.

Individualizar en la relación médico-paciente los posibles beneficios de su consumo

Los humanos siempre tendemos a minimizar los daños de los consumos propios, así como a olvidar nuestras iniciaciones a las drogas sociales cuando hablamos de lo mucho que consumen hoy nuestros menores. La amnesia y la autoindulgencia son dos tics habituales de cualquier entrado en años que se ponga a hablar de las drogas. Cuando éramos jóvenes siempre bebíamos mejor y nos emborrachábamos menos que la chavalería ahora. Por ello, intentando superar tanto las contradicciones sociales, las culturales y mis propios tics como cincuentón consumidor alcohólico de bajo riesgo, vais a permitirme 8 reflexiones alcohólicas que quieren ayudar a poner en evidencia la necesidad urgente de normatizar aquí y ahora el alcohol en los menores, a la luz de las diferentes experiencias normativas de los países de nuestro entorno.

Reflexión OH1. Cuanto más tarde mejor

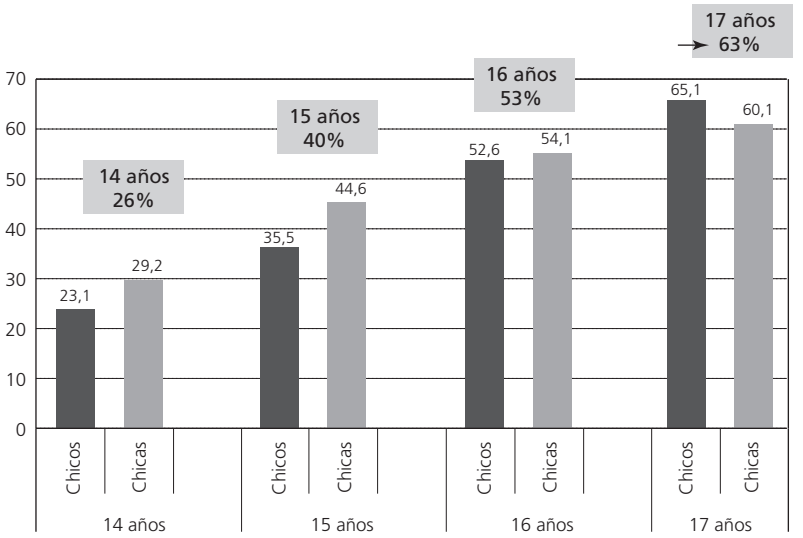
Algo aquí no cuadra, viviendo en el País Vasco dentro de lo que podemos llamar el modelo de la Europa del Sur en cuanto a consumo de bebidas. Mientras las encuestas demoscópicas nos hablan de un descenso paulatino en el consumo de alcohol, la realidad de la calle y los estudios observacionales nos hablan de un acceso generalizado al mismo de los menores de edad.

La encuesta ESTUDES del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (PNSD, 2012) nos habla de cómo las chicas en edad de la ESO superan a los chicos en el número de borracheras vividas en el último año hasta la edad de 16 años, a partir de la cual los chicos toman la delantera en las tablas.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Figura 2

Porcentaje de borracheras en el último año ESTUDES MSPSI 2012



Pero los consumos de alcohol no van solos. Tendemos a hablar monográficamente de menores y alcohol. Este es otro de los reduccionismos habituales de los *preventólogos* que nos olvidamos de que las sustancias psicoactivas no son entes solitarios que agarran a sus consumidores, sino que interactúan en forma de policonsumo y que en el actual tridente de iniciación de nuestros adolescentes, el alcohol se mezcla invariablemente con el tabaco y con el cannabis. Las tres sustancias interactúan en lo que podemos denominar un nuevo *policonsumo de iniciación* que va tomando carta de naturaleza de diferente manera a como lo hicimos nosotros ya hace unas décadas. Los ritos de iniciación juveniles se nos muestran a través, no solo de la cultura del fin de semana, sino también en fiestas entre semana como las de los jueves universitarios, en los que ellas y ellos alcanzan una *graduación* que no es precisamente académica.

La evidencia que aporta la experiencia internacional nos dice que el encarecer el alcohol, la baja disponibilidad de bebidas alcohólicas y el control de la publicidad del alcohol son las estrategias que más influyen en que nuestras chavalas y chavales empiecen a beber lo más tarde posible y lo hagan en menor cantidad. Precio, Proximidad y Publicidad son precisamente las *tres pes*, intocables para la industria del alcohol. Y para eludir esta evidencia (al igual que lo hizo la industria del tabaco)

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

¿qué mejor que repetir una y otra vez el rollo de que la clave está en educarles mejor?

Reflexión OH2. Interactuar en red es más efectivo

Como botón de muestra de la querencia de hacer de los menores el chivo expiatorio del alcoholismo social, valga el indicador de asistencias sanitarias por intoxicación etílica en las fiestas. En mi ciudad, Gasteiz, año tras año, este indicador asistencial nos dice que el porcentaje de menores de edad asistidos no alcanza el 15 % del total. El 85 % de las intoxicaciones son de personas mayores de 18 años. Esto nos debe de hacer pensar que los menores reproducen lo que ven en los mayores. El foco de la cuestión no debe ser la relación disfuncional o patológica de los menores con el alcohol, sino de toda la sociedad con el alcohol. La autocrítica social es el primer paso para la toma de conciencia colectiva y comunitaria ante el problema.

El problema del alcohol y los menores no es solo de ellas y de ellos ni de sus padres y madres, sino de todos los agentes sociales que nos empeñamos en mostrarles día a día nuestras contradicciones con esta droga.

Es muy a valorar que el borrador del anteproyecto de la Ley Vasca de Adicciones, publicado recientemente por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, contemple la implicación efectiva y la participación de las administraciones públicas y las entidades sociales en el problema. Esto solo se consigue cocinando las acciones en el caldo de la participación comunitaria y esto no se hace por decreto. De nada sirve el esfuerzo de normalizar las drogas si los llamados agentes comunitarios miran para otro lado. La efectividad de las acciones comunitarias (mejor llamadas interacciones que intervenciones, pues quien interviene opera desde fuera) es directamente proporcional a la extensión y a la implicación en la misma de los agentes que integran nuestro tejido social, como asociaciones ciudadanas, de vecinos, ONGs, asociaciones comerciales, empresariales, policías, técnicos comunitarios y de drogodependencias, profesionales de la atención primaria de salud, de los servicios sociales, comunidades educativas, los consejos escolares de los centros educativos y, como no, los hosteleros. En la metodología comunitaria de actuación en red, este liderazgo recae de forma obligada en los ayuntamientos como instituciones de máxima proximidad a la ciudadanía.

En las políticas de menores es frecuente trabajar para los jóvenes sin los jóvenes. Sería para nota si fuéramos capaces de implicarles tanto a título individual como grupal y asociativo (no solo de forma testimonial para cubrir el expediente) movilizando a las cada vez menos inicia-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

tivas juveniles que sobreviven a las ofertas de todo tipo impulsadas desde las instituciones.

Reflexión OH3. La Escuela se tiene que mojar

Pese a que en los *rankings* de eficacia y eficiencia, la prevención escolar se considera de bajo impacto para la inducción de cambios, como por ejemplo, el descenso de la edad de inicio o en las tasas de consumo de alcohol, en comparación con otras medidas como el precio y la disponibilidad; el que la escuela aborde educativamente las adicciones, las drogas y el alcohol entre ellas es incuestionable.

En el mismo borrador a debate de la Ley Vasca, se plantea en su artículo 17 que la prevención del alcohol y de las drogas sea un ingrediente obligado del currículum escolar. Pero no basta con escribirlo en la Ley. Pese a todo, la institución escolar continúa sin dar el paso definitivo en el compromiso curricular para la consideración de las drogas como un ingrediente educativo obligado. Hay que reconocer que hoy por hoy el alcohol y las otras drogas no están entre las prioridades curriculares de nuestros docentes. La escuela debe asumir su papel formativo en la doble vertiente de prevención universal y, especialmente en la prevención selectiva o indicada, dirigida con criterios de vulnerabilidad a aquellos menores que ya se han iniciado en los consumos y donde la evidencia nos dice que la eficacia de las acciones educativas es mucho mayor. En mi experiencia, un tramo crítico para la obligada implicación e intervención institucional, es el que se desarrolla entre el fin de la educación secundaria obligatoria y la mayoría de edad, es decir el tramo de 16 a 18 años, donde en la actual situación de crisis económica detectamos una contingente creciente de jóvenes de este tramo de edad que se escapan de cualquier intervención formativa y que permanecen en sus casas sin ningún tipo de aliciente, ni académico, ni profesional, ni vital. Son nuestra versión NINI de los jóvenes NEET, *Not in Employment, Education or Training.*

En el objetivo de retrasar la edad de inicio al alcohol, hablar a nuestros menores exclusivamente de los efectos cardiovasculares del alcohol, de la cirrosis hepática, o del *delirium tremens* es sencillamente hacer el ridículo en el aula. Los contenidos de nuestros mensajes deben de enfocarse desde el modelo de las influencias sociales, fomentando en ellas y en ellos ideas potentes y críticas, así como habilidades que les ayuden a gestionar y a resistir las presiones que les van a llegar desde la sociedad, desde los medios de comunicación, desde la industria del alcohol y, como no, de su cuadrilla o grupo. Eso se logra con ideas

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

preventivas que desarrollen métodos interactivos, vivenciados con juegos de rol y liderazgo positivo entre iguales. El plus a la eficacia de estas acciones lo aporta el que quienes las desarrollen sepan sacarlas del aula y las proyecten sobre sus familias y sobre la comunidad periescolar. (European drug prevention quality standards EMCDDA, 2011.)

Reflexión OH4. Control a los que venden…y a los que compran

La enorme disponibilidad y acceso al alcohol de nuestros menores en bares, supermercados y tiendas de conveniencia (mal llamados «bazares chinos») hace que la línea de intervención en prevención ambiental sea una de las *Gold Standard* de eficacia preventiva junto con el incremento del precio y el control de la publicidad.

Hemos asistido en los últimos años, en los municipios de nuestro entorno, a la promulgación de ordenanzas locales para el abordaje de la venta de alcohol y menores, pero queda patente una enorme dispersión de criterios sancionadores, que van desde el apercibimiento hasta multas de 3.000 euros por comprar alcohol o suministrar a menores, dependiendo de la ciudad o pueblo. Igualmente a nivel europeo existe dispersión sobre la edad de acceso a la compra, bien se trate de bebidas de baja graduación, donde países como Alemania, Bélgica, Holanda y Austria mantienen una edad de compra a los 16 años, a diferencia de la tendencia mayoritaria de establecerla en los 18 años. Edad esta, generalizada en Europa, con la excepción de Noruega donde el acceso es a los 20 años. Son 13 los países europeos que actúan sancionadoramente ante la posesión de alcohol por parte de menores y 15 quienes actúan sancionadoramente ante la venta.

En el control de la disponibilidad es obligado establecer sistemas de vigilancia desde las policías para la detección de la permanencia de menores en bares, así como el suministro y la venta. En mi experiencia municipal una de las principales quejas que esgrimen los comerciantes sorprendidos vendiendo alcohol a menores es la diferencia de trato sancionador a la hostelería frente a la impunidad de las y los menores que salen indemnes tras comprar y consumir bebidas. Ante este hecho, en el Reino Unido tras la promulgación de la *Licensing Act* de 2003, el menor que intenta comprar alcohol también comete una infracción sancionable con hasta 1.000 £. En Suecia se ha valorado la eficacia del Modelo Kronoberg que aborda la venta de alcohol a menores en la doble perspectiva de actuación frente a la hostelería y sobre el menor y sus familias. No actuando únicamente sobre el menor directamente implicado, sino también sobre el resto de iguales acompañantes en el botellón y sus familias.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

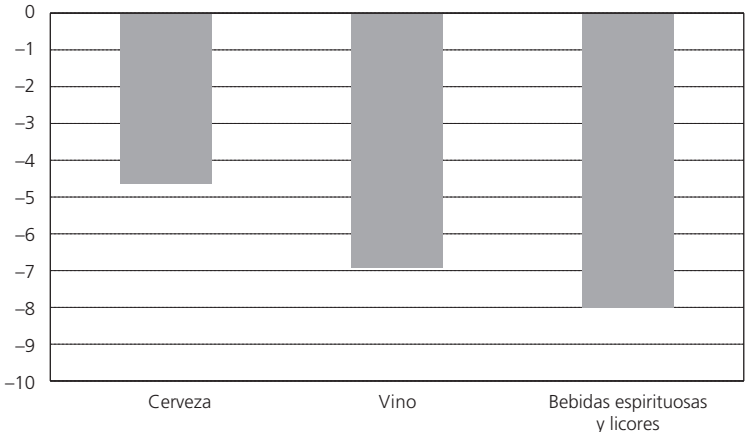
Es necesario que la nueva Ley Vasca de Adicciones deje clara esta norma para evitar la gran dispersión de criterios sancionadores fruto de la diversidad de ordenanzas municipales. Además de ser una herramienta para evitar la disponibilidad de alcohol, la norma es una herramienta educativa que no podemos desaprovechar.

Reflexión OH5. «...si pones un euro, nos llega para una de vodka»

Está fuera de toda duda, la efectividad del incremento del precio del alcohol como medida clave para la reducción de los consumos y de las intoxicaciones etílicas en menores. Se considera que un incremento del precio del alcohol de un 10% induce en la población un descenso de 5 puntos en el consumo de cerveza, 7 en el consumo de vino y 8 en el consumo de bebidas espirituosas y licores (Wagenaar *et al.,* 2009).

Figura 3

Elasticidad y precio medio (112 estudios)
% de reducción del consumo aumentando el precio el 10%



También se evidencia que dicho incremento en el precio produce beneficios no solo en los consumos sino también en la mortalidad, en las conductas violentas asociadas, en los accidentes de tráfico, y en el uso de drogas ilegales. En España tanto el precio de las bebidas alcohólicas como las cargas fiscales a las que están sometidas son de los más bajos de Europa según EUROSTAT. Lo que genera un efecto llamada de paraíso fiscal-alcohólico-turístico que sirve de reclamo y punto de pere-

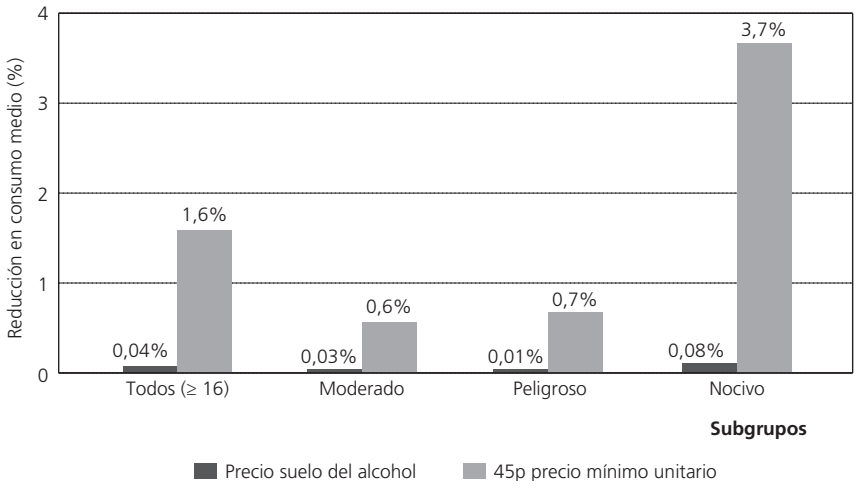
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

grinaje de multitudes, hecho que acarrea para nuestros menores y sus familias un problema añadido.

En vista de esta evidencia incuestionable, en el Reino Unido se está poniendo en valor la necesidad de definir precios mínimos para la venta de bebidas alcohólicas. En los últimos meses hemos asistido al debate y aprobación por el Parlamento escocés del llamado *alcohol minimum price* que ha sido recurrido por la Asociación Escocesa del Whisky argumentando que atenta contra la legislación europea de libre mercado. Mientras que este intento escocés se basa en imponer un precio mínimo para cada UBE (unidad de bebida estándar), en Inglaterra y en Gales la decisión normativa se ha centrado en el llamado *alcohol floor price, ban on bellow cost selling* literalmente, *precio suelo del alcohol* que impide desde mayo de 2014, vender el alcohol por debajo del precio de impuestos e IVA. Los estudios de impacto de Brennan y colaboradores, publicados recientemente en *British Medical Journal BMJ*, se deciden por la mayor efectividad del modelo escocés, sobre todo en el beneficio inducido sobre los grupos de mayor consumo respecto a los grupos de bebedores moderados cuyo beneficio es menor. El comentario de la editorial de *BMJ* respecto de la indecente presión de la industria ante cualquier tipo de medida reguladora era patente: *Minimum alcohol pricing: a shamefull episode*, vergonzoso episodio.

Figura 4

Impacto comparativo entre AMP y BBCS en la reducción del consumo de alcohol



© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Reflexión OH6. Imposible legislar sin controlar al enemigo

Los medios de comunicación tienen un papel fundamental en la adquisición de conocimientos, valores, actitudes y pautas de comportamiento, para lo bueno y para lo malo. La regulación de la publicidad queda recogida en España en la Ley 34/1988, General de Publicidad, y en la Ley 22/99, que incorpora la Directiva 89/552/CEE, más conocida como Directiva de la Televisión sin Fronteras. La Ley 34/1988 ya obliga a la clara identificación de los mensajes publicitarios y a su veracidad, prohibiendo tanto la publicidad subliminal como la engañosa, con lo que podía interpretarse como ilícito el emplazamiento del producto o *product placement* (Rodríguez Martos, 2007), sin embargo, el alcohol y sus variantes (SIN, 0,0) continúa visualizándose sin control en series y programas de TV.

No nos engañemos, el estado de la cuestión actual del alcohol en Europa y en el mundo es fruto del efecto *lobby* que realizan las grandes corporaciones multinacionales del sector de las bebidas alcohólicas. En el ámbito del tabaco estamos familiarizados con los nombres de las grandes corporaciones tabaqueras: Philip Morris (PM), British American Tobacco (BAT), Japón Tobacco Internacional (JTI), Imperial Tobacco (IT)… frente a las que el movimiento global del Control del Tabaco ha desarrollado históricamente una gran labor de marketing social y de *contralobby* en defensa de la Salud Pública. Sin embargo, no es habitual que los sanitarios reparemos en la necesidad de controlar a las grandes corporaciones globales del alcohol como son Diageo, Pernod Ricard, Bacardi Martini o LVMH que acaparan el mayor porcentaje del negocio mundial de alcohol. Muy especialmente en el sector de las bebidas de alta graduación como el whisky, situando 26 marcas de esta bebida dentro del top 100 de las más poderosas marcas alcohólicas del planeta. El reciente estudio de Boston University y Johns Hopkins Bloomberg Public Health (junio de 2014) concluye que el 67% de todas las bebidas consumidas por jóvenes de 13 a 20 años, fueron consumidas en episodios de *binge drinking*. Y que las bebidas espirituosas del tipo de whisky, vodka y ron, mayoritariamente utilizadas junto con la cerveza, se agrupan en 25 marcas que aglutinan el 46% del total de las 900 marcas incluidas en el estudio. Es decir, que el *binge drinking* americano, además de ser precio-dependiente, es un fenómeno marca-dependiente.

Los esfuerzos de los estados por regular la publicidad chocan una y otra vez contra este *mega-lobby* que se opone a todos los intentos de regulación de su marketing publicitario que continúa demando la salud pública.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Esta labor de *lobby* en España es ejercida directamente desde las propias marcas y empresas, pero también desde organizaciones patronales de la hostelería y desde asociaciones del sector como la Federación Española de Bebidas Espirituosas (FEBE) que, a través de la Fundación Alcohol y Sociedad (FAS), trata de obtener la legitimación y el reconocimiento social de lo que denominan la *responsabilidad social corporativa*, fundamentada en la promoción del *consumo responsable* de alcohol, estrategia de imagen similar a la promoción del consumo responsable de tabaco, que siguen realizando otras organizaciones pantalla de la industria, en este caso tabaquera, como son los Clubes de Fumadores para la Tolerancia que proliferaron en las últimas décadas del pasado siglo (Bonhome Phillip Morris, 1993).

En la idea de promoción del *consumo responsable* de alcohol, esta fundación promueve campañas pseudopreventivas, fichando para ello a intelectuales —que emiten mensajes coincidentes con los de la propia industria del alcohol—, raperos e incluso a la televisiva psicóloga «Supernani». Así, sin reparar en aparato mediático, se oponen sistemáticamente a cualquier regulación legal de su publicidad y a medidas de probada eficacia como son el aumento del precio y de los impuestos del alcohol (Rodríguez Martos 2007). La estrategia de concentrar toda la culpa en el individuo, exonerando al alcohol, goza de muchos adeptos. El secreto está en saber beber de forma responsable. El discurso del individuo «responsable» ha cautivado al gran público, porque no hay que hacer nada. Nadie se da por aludido, ya que la mayoría de bebedores consideran que «controlan» y, para los políticos, pasarle la responsabilidad al individuo es la mejor forma de evitar meterse «en camisas de once varas».

La falacia de la autorregulación del sector

Nos movemos pues ante dos posibles estrategias legales: fomentar la autorregulación de la industria o regular la publicidad de forma clara. La experiencia de la regulación del tabaco zanja este dilema, pues el tiempo ha demostrado que la autorregulación solo servía para dar cobertura a una industria tabaquera que quería a toda costa evitar otras medidas eficaces de control. El Convenio Marco para el Control del Tabaco conmina a los estados a no colaborar con la narcoindustria bajo ninguna de sus diversas y cambiantes máscaras, y a no facilitarle ni lavados de cara, ni maquillajes que le legitimen como interlocutor preventivo ante la sociedad. Mientras el Ministerio de Sanidad siga dando cobertura a este tipo de fundaciones que defienden los intereses de la industria, va a ser muy difícil una regulación legal del alcohol en España.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Las evidencias científicas e históricas nos dictan que sugerir legalmente, o incluso pactar la autorregulación con las industrias de las drogas legales (alcohol y tabaco), es una medida altamente ineficaz. Puede llegar incluso a ser una estrategia encubierta de promoción. Sobra evidencia científica sobre la influencia de la visualización de los anuncios de tabaco en los diferentes soportes y la inducción de consumo en los menores de edad (Gordon, Hastings, Moodies, 2010). El mecanismo de inducción en el caso del alcohol es idéntico. Proyectos europeos como Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA) o Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol (ELSA) se posicionan, desde la evidencia, por la prohibición total de la publicidad de bebidas alcohólicas, frente a pactos de autorregulación, pues son inefectivas para el control de la industria del alcohol en su continuado intento por conseguir nuevos adeptos. El informe ELSA concluye que «la autorregulación no ha impedido el impacto del marketing del alcohol en la gente jóven» y argumenta que «la autorregulación de la industria solo funciona si existe una amenaza creible de regulación por parte del gobierno». La tendencia internacional va en la línea de estrategias de prohibición total versus la autorregulación o la regulación parcial.

En el informe del Dutch Institute for Alcohol Policies STAP, mientras que 21 países europeos han establecido una prohibición completa o parcial según horarios o productos de la publicidad en televisión, aún quedan seis países donde no existen restricciones al respecto como son Alemania, Dinamarca, Grecia, Luxemburgo, Chipre y República Checa.

La regulación de la publicidad del alcohol debe de ir orientada en dos lineas: 1. Limitar su contenido con regulaciones claras como, por ejemplo, la ley Évin en Francia y 2. Reducir el volumen del impacto del marketing del alcohol, reduciendo el número de jóvenes a los que alcanza. Urge unificar esta regulación de la publicidad a nivel europeo, para ello es necesaria una directiva reguladora del alcohol similar a la recientemente aprobada para los productos del tabaco.

Si bien la mayor parte de los países desarrollan medidas de regulación parcial de las bebidas de baja graduación, son menos los que desarrollan una prohibición total. Sin embargo, tratándose de las bebidas de alta graduación alcohólica, son 10 los países europeos que apuestan por la prohibición en la televisión. De ellos, paradigmáticamente Francia prohíbe todo tipo de anuncios publicitarios de alcohol en la televisión. Noruega prohíbe cualquier tipo de anuncios en cualquier formato de *mass media* mientras que Suecia prohíbe la publicidad de bebidas con contenido alcohólico superior a 2,25 por ciento.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Los ejemplos de la regulación gubernamental

Muchos países europeos han promulgado una legislación que restringe la publicidad de alcohol, en diversos grados. Por ejemplo, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Irlanda han prohibido la publicidad de bebidas alcohólicas en la televisión. La legislación de la publicidad de las bebidas alcohólicas de Francia, Ley Évin, es una de las leyes más restrictivas en Europa y prohíbe el patrocinio de alcohol y los anuncios en la televisión y el cine. La legislación restringe la publicidad de alcohol a vallas publicitarias, algunos medios de radio y prensa para los adultos y se aplica a la publicidad del alcohol en Internet. La focalización sobre los jóvenes está prohibida y los anuncios sólo deben contener información relativa al producto, como el color, el sabor y su lugar de producción, así como una advertencia sanitaria, habiendo importantes sanciones monetarias para las empresas incumplidoras.

Los ejemplos combinados de autorregulación y regulación gubernamental

En el Reino Unido la Advertising Standards Authority (ASA) es responsable de hacer cumplir el código de autorregulación y no difusión de publicidad, promoción de ventas y el Código de Marketing Directo (autorregulación) y el Código del Reino Unido de emitir publicidad (coregulación). La Oficina del Reino Unido de la Comunicación (OFCOM) es el organismo regulador responsable de los medios de difusión, pero se basa en la ASA para hacer cumplir los códigos de publicidad de difusión. En los casos de incumplimiento, las emisoras corren el riesgo de ser referidos a OFCOM que puede imponer multas e incluso retirar su licencia para transmitir.

Superada la falacia de la autorregulación y mirando a la experiencia de la legalización del tabaco, nos movemos entre la estrategia de prohibir la publicidad de todas las bebidas alcohólicas y la urgencia de abordar una prohibición de la publicidad de las bebidas de alta graduación, simultánea a una regulación clara y estricta de las bebidas de baja graduación.

Las recomendaciones del grupo Eurocare (2013) son estas: No a la publicidad de bebidas alcohólicas en la televisión, ni en los cines, ni en Internet, salvo en los puntos de venta. No al patrocinio de alcohol de eventos culturales o deportivos. No a la publicidad del alcohol dirigida a jóvenes ni a través de móviles, ni redes sociales. No a la publicidad exterior en espacios públicos (paradas de bus, camisetas) y no a las promociones del tipo *Happy Hours*.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

La nueva Ley Vasca de Adicciones debe de ser consciente de esta realidad para evitar presentar a la población incumplimientos sistemáticos de la prohibición como la que habitualmente vivimos tanto en eventos culturales como los Festivales de Jazz de Vitoria-Gasteiz y de San Sebastián, patrocinados por empresas de vino y de cerveza; las regatas de traineras, esponsorizadas por una marca de cerveza; o la pelota vasca, patrocinada por empresas de pacharán. Valorando que sería incumplible una ley que considere ilegales eventos culturales como el Txotx Eguna de las sidrerías o la Fiesta de la Vendimia en Rioja Alavesa.

Debemos tener en consideración que, aunque las prohibiciones de publicidad afecten a los medios audiovisuales asentados en el País Vasco, no podemos seguir evidenciando a nuestros jóvenes la contradicción de que mientras las emisoras vascas regulan la publicidad de bebidas alcohólicas, ellas y ellos continúan siendo el blanco del bombardeo publicitario de las marcas de bebidas de altísima graduación a través de la radio fórmula de las cadenas estatales.

En este análisis global no podemos pasar por alto el creciente impacto de la publicidad a través de internet, una publicidad sin fronteras que alcanza los propios móviles de nuestros menores de edad a través de la inclusión de códigos BIDI tanto en las botellas como en los vasos promocionales.

Figura 5

Utilización de Códigos BIDI en la promoción del alcohol a los jóvenes

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

La misma evidencia científica de la eficacia del empaquetado genérico de tabaco es aplicable al etiquetado de bebidas alcohólicas. Surgen desde diversas instancias, llamadas a la necesidad de incluir, no solo las advertencias sanitarias sobre los daños que el consumo de alcohol puede originar en la salud, sino la demanda del embotellado genérico de licores que impida a la industria utilizar la botella y la etiqueta como objeto publicitario en si mismo.

Estudios longitudinales evidencian la inducción a beber (rebajando la edad de inicio) y a más largo plazo (afianzando los consumos) por la exposición de nuestros jóvenes a la publicidad del alcohol, así como del impacto en nuestros menores de la publicidad de bebidas alcohólicas a través de Internet (Gordon, Hastings, Moodies, 2010).

Reflexión OH7. Espacios sin humo …y sin alcohol

Hoy día comprobamos como la promoción de espacios sin humo a través de la Ley de Tabaco 42/2010, además de un descenso en las estadísticas de eventos cardiovasculares y asma infantil, ha marcado un descenso en las ventas y en el consumo de tabaco. La validez de esta estrategia es superponible para el alcohol. La promoción de espacios públicos sin alcohol cerrados o abiertos genera un beneficio, no sólo en términos de mortalidad y morbilidad, sino también en accidentes de tráfico, ruidos y conductas incívicas derivadas del consumo de alcohol; como la acumulación de basuras, y otros.

De la misma forma que la ciudadanía respalda los espacios sin humo, respaldará cualquier decisión que garantice espacios libres de alcohol y de otras drogas legales e ilegales. Espacios sin alcohol idóneos para la atención sanitaria, para la enseñanza y el aprendizaje. Espacios y eventos deportivos sin alcohol, inductores de estilos de vida sanos. Entornos ecológicos sin alcohol ni residuos asociados; espacios festivos minoritarios y eventos multitudinarios sin alcohol y sin vidrio, donde el alcohol pierda el papel de actor protagonista que le damos los mayores y al que miran con los ojos como platos nuestros menores de edad.

Reflexión OH8. Sancionar sí …pero sancionar bien

Las leyes de salud pública conllevan siempre un procedimiento sancionador para quienes incumplen la regulación de la publicidad, para quienes venden sin licencia o para quienes venden a menores. Las leyes reguladoras de las drogas no deben ser en mi opinión instrumentos

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

recaudatorios y sí sensibilizadores y herramientas para el logro de objetivos de salud pública. De hecho, una buena ley reguladora en drogodependencias es aquella con la que se identifica la ciudadanía y el cumplimiento social es lo suficientemente generalizado como para que los expedientes sancionadores brillen por su ausencia. Es el caso de la Ley de Tabaco en el País Vasco donde son pocas las sanciones impuestas tanto a hosteleros como a usuarios de bares y restaurantes. Lo cual no significa que haya que relajarse en su cumplimiento.

En el caso de los menores, el objetivo, lejos de ser recaudatorio, debe ser eminentemente educativo. No podemos pasar por alto el consumo de un menor de edad, sin que esa situación genere una llamada, un toque de atención a ella o a él y a sus padres, madres o tutores. Si verdaderamente ponderamos la necesidad de *consumo cero* entre nuestros jóvenes, debemos actuar. Para ello no hay que quedarse parados en el hecho sancionable sino en aprovechar la potencialidad educativa de lo que ha ocurrido, promoviendo en ellos y en ellas una situación crítica que les permita aprender, acumulando conocimiento vital para las siguientes decisiones a las que van a tener que enfrentarse y que le van a forzar a posicionarse ante las diferentes drogas legales e ilegales.

Existe una evidente tendencia de nuestros políticos a recurrir a los trabajos en beneficio de la comunidad para redimir ante la sociedad el hecho de haber consumido alcohol. En el caso de los menores de edad, no comparto que la experiencia de iniciación en ninguna droga, deba ser abordada mediante un trabajo hacia la comunidad. Como tampoco comparto que sus madres, padres o tutores legales no tengan otra opción que pagar, como consecuencia de las experiencias de iniciación en las drogas de sus hijos. Sí, en cambio, constato la eficacia de facilitar alternativamente un espacio crítico donde las familias y los chavales y las chavalas puedan de forma individualizada contrastar sus ideas, sus actitudes y sus comportamientos sobre el alcohol. Proporcionando a esos menores iniciáticos y a sus familias un espacio socio-educativo donde tomar una ducha crítica que les aporte la información justa y necesaria, que cuestione sus mitos y creencias erróneas sobre el alcohol y que aporte criterios y pautas de actuación útiles para las decisiones que sí o sí van a tener que tomar.

La experiencia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz es clarificadora en este tema. La respuesta familiar que observamos es muy diferente según se trate de una sanción o de una comunicación informativa. En el caso de las sanciones a los menores de edad sorprendidos por consumo de cannabis en vía pública, la oferta de una medida alternativa al pago de la multa de 300 euros, consistente en la realización de

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

3-4 sesiones de orientación (PEN DRIVE CRITICO) genera una demanda de orientación familiar en el 96% de los casos, frente a una baja respuesta que no supera el 6% en los casos de menores a los que únicamente se informa por escrito a sus familias del consumo de alcohol de sus hijos e hijas.

La actividad del Grupo de Intervención Periescolar de la Policía Local de Vitoria-Gasteiz apoya esta estrategia, que no acaba únicamente en lo policial, sino que se proyecta en lo socioeducativo a través de la intervención individualizada y la orientación llevada a cabo por el servicio Acción Local sobre Drogas del Departamento de Seguridad Ciudadana del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Figura 6

Grupo de Intervención Periescolar GIP de la Policía Local de VITORIA-GASTEIZ / Eskola Inguruko Ekimen EIK Taldea VITORIA-GASTEIZko Udaltzaingoa

Fuente: Viñeta de Iñaki Cerrajería en *El Correo* 18 de julio de 2013.

El peso y el poso de las normas familiares

Las reglas y las pautas familiares tienen una enorme importancia en los itinerarios de socialización de las hijas e hijos, no solo en la iniciación al alcohol, sino también en el consumo excesivo y en el afianzamiento de los consumos (Haske Van der Vorst, 2004). En muchos casos, las familias de nuestros menores carecen de pautas y de reglas familiares, porque tampoco tienen criterios familiares para con el alcohol. Una infracción por consumo de alcohol es una oportunidad para comunicar con sus familias, definir criterios e inducir pautas y reglas familiares, utilizando para ello la metodología de la entrevista motivacional y el consejo breve que venimos realizando desde 2009 (Pen Drive crítico como alternativa a la sanción. Ayuntamiento de Vi-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

toria-Gasteiz, 2012). Los Equipos Técnicos de Prevención Municipal de Drogodependencias de los ayuntamientos del País Vasco son recursos idóneos para la implementación de ideas y programas preventivos selectivos de este tipo que están incluidos entre en los estándares de prevención europeos (European drug prevention quality standards EMCDDA 2011).

Una receta para acabar

La evidencia científica, la experiencia internacional y nuestra propia experiencia en la gestión local de las drogas y en el trabajo con menores y sus familias, nos indican que una buena ley de alcohol y menores, además de ser una excelente herramienta de salud pública, es una herramienta educativa eficaz. En definitiva, una inversión de futuro con nuestros menores. El mejor plan de ahorro inversión que puede hoy por hoy suscribir nuestra sociedad.

Si me piden una receta para cocinar mano a mano esta necesaria e inaplazable Ley de Alcohol, elegiría estos ingredientes:

Añadir sin miedo una buena cantidad de control al enemigo que es la industria del alcohol y su mercadotecnia publicitaria. A continuación, con ideas claras y constructivas, regular el espacio público e impulsar nuevos espacios sin alcohol. A fuego lento pero mantenido, intentar modelar en la escuela y en casa, para que nuestras familias dispongan de pautas y criterios de actuación. Y, mientras tanto, ir calentando el horno del debate social para que nuestra comunidad se convenza de que el control del alcohol, por el bien de todos, no puede esperar.

Referencias documentales

Alcohol Public Health Research (2012). *Alliance Amphora Project Manifiesto*.

Alm, A. (2009). *The Swedish National Council for Crime Prevention Stockholm Evaluation of the K-model* (The Kronoberg Model).

Al-Ghanem, R.; Marco, A.; Callao, J.; Lacruz, E.; Benito, S. y Córdoba, R. (2010). «Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas». *Revista de Atención Primaria*.

Anderson, P.; Møller, L. and Galea, G. (2012). *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches Regional Office for Europe.*

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2012). *Pen Drive Crítico como medida alternativa a la sanción. Acción Local sobre Drogas y Menores en el Departamento de Seguridad Ciudadana.*

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

BBC (30 Sep 2014). *Minimum unit price «50 times more effective» than alcohol floor price.*

Bonhome, J.; Miller, K. & Phillip Morris (1993). «National Smokers Alliance». *Legacy Tobacco Coduments Library*. California Univ.

Brennan, A. & Meng, Y. (2014). «Potential benefits of minimum unit pricing for alcohol *versus* a ban on below cost selling in England: modelling study». *British Medical Journal.*

Brotherhood, A. y Harry, R. (2013). *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Sumnall Centro para la Salud Pública*, Liverpool John Moores University, Reino Unido.

ELSA Project (2007). *Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol*.

Eurocare (2012). *Eurocare recommendations for a future EU alcohol strategy.*

Eurocare (2013). *A call for action: Initial NGO recommendations for the new EU Action Plan on Alcohol.*

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European drug prevention quality standards A manual for prevention professionals*.

Gordon, R.; Hastings, G. & Moodies, C. (2010). *Alcohol marketing and young people's drinking: what the evidence base suggests for polic.*

Haske van der Vorst, Rutger C. M. E. Engels, Meeus, W.; Dekovi, M. & Van Leeuwe, J. (2005). *The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour,* Institute of Family and Child Care Studies, Radboud University Nijmegen, the Netherlands Utrecht University. The Netherlands.

Mulder, J. & De Greeff MSc, J. (2013). *Eyes on ages. A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research*. Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP). Utrecht. The Netherlands.

Perry, C.L.; Williams, C.L.; Komro, K.A. *et al.* (2002). *Project Northland: Long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use*.

PNSD (2012). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2012. PNSD en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf

Rodríguez Martos, A. (2007). «¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España?», *Adicciones.* Agència de Salut Pública de Barcelona.

Smithemail, K.C.; Cukier, S.; Jernigan, D.H. (2014). *Defining strategies for promoting product through «drink responsibly» messages in magazine ads for beer, spirits and alcopops Department of Health, Behavior and Society*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Vitoria Government Melbourne (2008). *Resource guide for planning effective community drug prevention Premier's Drug Prevention Council.*

Wagenaar, A.; Salois, M.; Komro, K. (2009). «Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies». *Addiction* 104: 179-190 USA.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 8

Planteamientos para realizar una eficiente prevención del consumo abusivo de alcohol

M. Isorna

Introducción

El consumo de alcohol está considerablemente extendido y culturalmente admitido en la mayoría de los países europeos, constituyendo en la actualidad un importante problema de salud pública (World Health Organization, 2012), especialmente en España, que es uno de los países con mayor consumo de alcohol por habitante y año. El alcohol es la causa del mayor número de casos de adicción a sustancias, si exceptuamos la producida por el tabaco.

El consumo de alcohol en la adolescencia sigue siendo, desde hace décadas, una de las problemáticas que generan más preocupación social, al menos para algunos. En particular, el análisis del uso de drogas legales por parte de adolescentes y jóvenes constituye uno de los objetivos más relevantes dentro de la investigación en el área de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, accidentes y de las drogodependencias. A pesar de la evidencia de la importancia de reducir y/o retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol, de la promulgación de leyes, son pocas las acciones efectivas que han resultado eficaces, dadas las cifras que cada dos años nos presentan los estudios del Plan Nacional Sobre Drogas.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal, de independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en facilitador de inicio del consumo de drogas (Espada *et al.*, 2003; Sussman *et al.*, 2004).

La edad media del inicio de consumo de alcohol en nuestro país se sitúa en los 13,6 años y el 36,5 % lo hace antes de los 16 años (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2011). Los chicos (24,3 %) beben en mayor cantidad que las chicas (19,5 %), aunque estas lo hacen con mayor frecuencia. Parece confirmarse que los varones son más precoces y realizan un mayor consumo habitual. De hecho, es la droga con mayor número de adeptos entre los adolescentes.

Si bien el consumo de alcohol permite momentos placenteros, el alcohol también aumenta el riesgo de multitud de daños sociales, generalmente asociado a la dosis consumida; por lo general, a mayores dosis de consumo, mayores son los riesgos. El daño producido por el consumo de terceros abarca desde las molestias vecinales, tales como alterar el descanso nocturno, hasta consecuencias más graves como la violencia doméstica, el maltrato infantil, el delito, la violencia o el homicidio. En general, cuanto mayor es el nivel de consumo, más graves son los delitos o lesiones (Anderson y Baumberg, 2006).

El volumen del consumo de alcohol y la frecuencia de los episodios de consumo copioso aumentan, todos ellos y de forma independiente, el riesgo de violencia. A menudo, aunque no siempre, el consumo excesivo modula el impacto del volumen de consumo sobre el daño (Anderson y Baumberg, 2006). Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, inclusive lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. En la mayor parte de casos, el alcohol aumenta el riesgo de enfermedad de forma paralela a la dosis; a mayor consumo, mayor riesgo. Así, la frecuencia y cantidad de consumo son especialmente importantes para el incremento del riesgo de lesiones y de determinadas enfermedades cardiovasculares (Calvo, 2003; Cadaveira, 2009; Sarasa *et al.*, 2014)

Pero también es importante destacar que el consumo de alcohol está altamente relacionado con el uso de otras drogas y a conductas asociadas a un estilo de vida poco saludable (Chiolero *et al.*, 2006; Ruiz *et al.*, 2014), aspecto preocupante sobre todo cuando hablamos de edades tempranas (Espada *et al.*, 2003), ya que dicho consumo predice problemas relacionados con el alcohol en la vida posterior del sujeto.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Becoña, 2007b).Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio el cannabis, y en menor grado con otras sustancias. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias (Bachman *et al.*, 2002). Hoy sabemos que un importante número de adolescentes van a consumir drogas en algún momento (Calafat *et al.*, 2000). Esto nos obliga a conocer este fenómeno para poder así actuar y ayudar a reducir el número de jóvenes que se pondrán en contacto con ellas.

Todas las sustancias psicoactivas tienen efectos sobre la salud del adolescente de forma directa (intoxicaciones, peleas) e indirecta (accidentes de tráfico, deterioro familiar, abandono o bajo rendimiento en los estudios y deportes). Muchos jóvenes, aun siendo conscientes de estas posibles consecuencias negativas, tienden a experimentar con ellas. Diversos estudios (Parker *et al.*, 1998; Calafat *et al.,* 1998) argumentan que el consumo no se halla solo ligado a una respuesta pasiva frente a la oportunidad y/o incentivo de uso, sino que las decisiones sobre el uso de drogas están relacionadas con las *apreciaciones de beneficio y de riesgo* que el consumo supone. En efecto, se ha demostrado que hay adolescentes que rechazan ciertas drogas, a pesar de las oportunidades que tienen para utilizarlas (Fountain *et al.*, 1999). Por ello es importante entender qué hace que un joven se involucre en estas actividades, mientras que otro no lo haga. Diversas investigaciones avalan el rol que la percepción de riesgo toma para el consumo. Así, Benthin *et al.* (1993), proponen que el consumo se presenta por la influencia de las percepciones y actitudes sobre los riesgos asociados a una actividad en particular.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes (Trujillo *et al.*, 2007). Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por ello es de gran relevancia proporcionar infor-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

mación correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo. Es entonces necesario que las actividades dirigidas a prevenir el uso de sustancias centren parte de sus esfuerzos en *desmitificar* los supuestos resultados beneficiosos de consumir sustancias (Becoña, 2007a).

Por otro lado, la literatura sugiere que en cuanto a la frecuencia de consumo, la facilidad (entendida como la accesibilidad a la sustancia, la presencia de esta y la aceptación de su uso) se asocia a la prevalencia, cantidad y frecuencia de consumo argumentando que cuanta más facilidad se percibe, mayor es el consumo (Johnston *et al.*, 2004; Varela *et al.*, 2013). De igual forma un aumento del *precio* de las bebidas alcohólicas redundará en un menor consumo y, en consecuencia, en menos daños a la salud (Villalbí *et al.*, 2014).

El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente (Becoña, 2007a). Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (ej., facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas. El riesgo del abuso de drogas aumenta tremendamente durante los períodos de transición, tales como un cambio de escuela, el cambio de educación primaria a secundaria, una mudanza o el divorcio de los padres (NIDA, 2008; Isorna *et al.*, 2013).

Los estudios longitudinales del consumo de drogas desde la adolescencia a la adultez muestran que el patrón de consumo va cambiando, así Baer *et al.* (1998), después de revisar varios de los estudios longitudinales que se han realizado en donde se han seguido a las personas desde la adolescencia hasta el final de la misma o hasta su vida adulta, concluyen, referido al consumo de alcohol, que este va incrementándose en la adolescencia, pero a partir de los 20 años de edad declina no solo el consumo de alcohol sino también el consumo de drogas, estando el pico del mayor consumo en la adolescencia y en la adultez temprana. Las causas que se han alegado para este cambio se relacionan con la exaltación de los roles propiamente adultos, indicándose entre las más importantes el matrimonio, tener hijos y comenzar a trabajar

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

(Becoña y Calafat, 2006). Esto facilitaría una moderación en el consumo de alcohol. O, visto de otro modo, la menor disponibilidad de tiempo para beber y el mayor control por parte del otro miembro de su pareja, de su familia más extensa y del mismo sistema social y laboral, facilitaría el no beber. Por tanto, es claro que una parte del consumo de drogas que hacen los adolescentes remite con el tiempo, incluso aunque dicho consumo esté asociado a distintos problemas psicosociales (Baer *et al.*, 1998). Algunos estudios han encontrado que un consumo experimental o esporádico al comienzo de la adolescencia no lleva necesariamente a un desajuste mayor en años posteriores, incluso estos chicos y chicas pueden mostrar un mejor ajuste al final de la adolescencia y un consumo muy reducido (Oliva *et al.*, 2008).

Sin desestimar la importancia de la presión grupal, la influencia de la familia resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos a factores de riesgo. El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de diferentes conductas en los hijos (Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011). Los hábitos de los familiares y personas cercanas al adolescente influyen a la hora de fijar, mantener o eliminar sus propias pautas comportamentales (Espada *et al.*, 2008). La predisposición al consumo de bebidas alcohólicas es mayor en jóvenes cuyos modelos de referencia son consumidores, es decir, el consumo de alcohol por parte de los padres puede propiciar el consumo del mismo en los hijos, ya que la familia es el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización y, por tanto, la personalidad del individuo.

Además, son varios los factores que influyen en el comportamiento de las personas para que no se comporten de la forma más saludable, Bayés (1991), Becoña (2007b) y Becoña y Oblitas (2006) plantean los siguientes:

1. Por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos.
2. Lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable.
3. El hecho de que mientras las conductas no saludables (ej., carcinógenas) proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables.
4. El convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

5. El sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y «justificar» prácticas no saludables, pero socialmente aceptadas.
6. El cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída. Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van con él, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causarle problemas (ej., emborracharse).

El «botellón»: contexto de riesgo para el consumo de alcohol

El alcohol siempre ha jugado un papel importante como alternativa de ocio en España. Desde los años sesenta, los jóvenes han venido reinventando periódicamente nuevas formas de relacionar alcohol y diversión. Si en los años sesenta la moda fueron los guateques, en los años setenta surgió el fenómeno de las zonas de vinos y en los ochenta el de la movida y las litronas. A partir de mediados de los noventa parece que le toca el turno al botellón. Este fenómeno puede definirse como una reunión de jóvenes en espacios públicos (calles, plazas, parques) en los que charlan, escuchan música y, fundamentalmente, consumen bebidas alcohólicas que, previamente, han comprado en supermercados, tiendas o grandes almacenes (Gómez-Fraguela *et al.*, 2008).

El alcohol es lo que crea el nexo al grupo que acude al botellón, y la tarea más importante a la que se dedican los miembros del grupo es a consumir alcohol. La finalidad es el «puntillo», es el ritual de cada botellón, si no se está dispuesto a «cogerla», no hace falta ir al botellón. La borrachera no es un accidente producido por la mala planificación de la ingesta sino que es un objetivo y una condición del ritual (Calafat *et al.*, 2005).

El botellón como fenómeno social no tiene un punto de despegue concreto sino que debe verse como una variedad de hechos y procesos culturales que coinciden y se complementan y lo van configurando; es un espacio de encuentro entre jóvenes, fiesta y consumo de alcohol y en muchas ocasiones también de otras drogas. El patrón de consumo es claramente el «anglosajón» caracterizado por consumo de bebidas alcohólicas mayoritariamente en fin de semana, en cantidades altas y abusivas, *binge drinking*, en muchos casos con el objetivo claro de conseguir en poco tiempo la embriaguez. Además las mujeres se han incorporado masivamente a este tipo de consumo. Junto con todo ello se ha ido consolidando un estilo de ocio y diversión entre los jóvenes cen-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

trado en la noche de los fines de semana y en el consumo de drogas (Calafat *et al.*, 2004).

El botellón ha supuesto una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con el mismo. El pasarlo bien, el salir de marcha, la diversión, la vida recreativa, se ha convertido en un nuevo fenómeno, más que por nuevo, ya que la gente se ha divertido siempre, por sus nuevas características. El control del botellón podría ser la estrategia para el control del consumo de alcohol por parte de los menores, ya que en los establecimientos hosteleros, pubs y discotecas existe un mayor control de su venta. Parte de la legislación creada en casi todas las comunidades autónomas de España, a raíz del botellón, tiene como objetivo regular la venta y consumo de alcohol; sin embargo, son los propios jóvenes y distribuidores de alcohol quienes incumplen reiteradamente esas normas sin demasiada dificultad y sobre todo con escasas sanciones. La tolerancia social y la tradición en España crean un tejido social que favorece la adquisición y consumo de bebidas alcohólicas (Calafat *et al.*, 2005).

Además, este nuevo fenómeno ha estado asociado en parte importante en sus inicios al consumo de otras drogas como cannabis y drogas estimulantes, para pasarlo mejor y aguantar la noche, a la baja percepción de riesgo de su consumo, al cambio de los horarios de diversión, al surgimiento de los locales «afters» (que abren a altas horas de la madrugada y cierran a media mañana o final de la misma), las «rutas», etc. Y, esta nueva forma de diversión, se asocia en una parte de los que participan en ella con un consumo de sustancias para «aguantar» mejor la noche y pasarlo bien. De ahí la asociación entre vida recreativa y consumo de drogas que se ha establecido en esta última década (Calafat *et al.*, 2011).

La difusión de las drogas dentro del botellón ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo. Este nuevo fenómeno se le denomina hoy como consumo de drogas recreativas (Calafat *et al.*, 2001, 2004), por la gran difusión de las mismas, asociadas específicamente a la diversión, un razonable coste económico al que le pueden hacer frente muchas personas, el buscar en ellas un modo de potenciar la resistencia y el placer en la diversión, o como un modo de evadirse en el tiempo libre de que se dispone. Este es un fenómeno que se circunscribe de modo muy importante a la adolescencia y primera juventud, menguando su notabilidad en la vida adulta, si bien serán muchas personas las que desarrollarán una adicción a una o varias drogas.

A pesar de los conocimientos que han ido aportando los diversos estudios sobre el consumo de alcohol en «los botellones»: peleas/agre-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

siones, prácticas sexuales de riesgo; e incluso de las leyes que intentan proteger a los menores del consumo del alcohol y otras drogas, tráfico y venta de drogas ilegales, las instituciones, políticos, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, padres/madres, en definitiva «de todos», no hemos sido capaces de hacer frente a un fenómeno que en cualquier otro país europeo sería seriamente cuestionable y a más de algún político o autoridad se le hubiese exigido, al menos su dimisión, en España ¡no!, más bien todo lo contario, en ciertos ayuntamientos, para sorpresa de unos y la incredulidad de otros, hasta se han creado «botellódromos», para que nuestros menores y jóvenes puedan beber «tranquilos» cantidades ingentes de alcohol, eso sí, que no molesten a los vecinos en sus horas de descanso, ni ensucien las calles. No debemos olvidar que la preocupación y rechazo social hacia el botellón no ha sido generado por el propio consumo de alcohol por parte de los menores y jóvenes en esas concentraciones, sino por las protestas vecinales por los ruidos, la suciedad, los actos vandálicos y otras molestias asociadas a su desarrollo a lo largo de toda la noche.

¿Por qué prevenir?

Según recogen entre otros Becoña (2003), Comisión Clínica (2006) y Regier *et al.* (1990), hay una serie motivos fundamentales por el que tenemos y debemos prevenir el consumo de drogas, especialmente tabaco, alcohol y cannabis en niños, adolescentes y adultos jóvenes:

1. El más evidente y conocido, es que si conseguimos que las personas no beban abusivamente alcohol, ni consuman tabaco o cannabis, evitaremos que de adultos no se conviertan en adictos o abusadores.
2. Tenemos constancia investigadora que si esa persona no consume evitaremos enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo (cáncer de pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc.) y también reduciremos la probabilidad de que padezca trastornos mentales en su vida adolescente y adulta. Son multitud de estudios que muestran que el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrean gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, psicosis, etc.
3. Hoy sabemos que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir en muchos casos drogas ilegales, como el cannabis, la heroína, la cocaína, etc. (Kandel y Jessor, 2002).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

4. Los adolescentes que cumplen con los criterios para los trastornos por consumo de alcohol, así como aquellos que se involucran en conductas borracheras, a menudo muestran un peor rendimiento neurocognitivo, así como alteraciones en la estructura del cerebro materia gris y blanca (Calvo, 2003; Sarasa, 2014).
5. La mayor parte de las muertes atribuibles al alcohol (80 % en hombres y 67 % en mujeres) aparecen para promedios altos (>60 g/día, y >40 g/día, respectivamente), por lo que es prioritario intervenir sobre el consumo excesivo (Sarasa, 2014).
6. Debido a que el juicio y la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones todavía no están completamente desarrollados, su habilidad para evaluar los riesgos con exactitud y tomar decisiones sensatas sobre el consumo de drogas puede encontrarse aún limitada (véase Figura 1). El abuso de las drogas y del alcohol puede interrumpir la función cerebral en áreas críticas a la motivación, la memoria, el aprendizaje y el control del comportamiento. Por lo tanto, no es sorprendente que los adolescentes que abusan del alcohol y de otras drogas a menudo tengan problemas de familia o en la escuela, un peor rendimiento académico, problemas de salud (incluyendo de salud mental) y problemas con el sistema judicial de menores (NIDA, 2008).

Figura 1

Maduración de las áreas de cerebro a lo largo de la vida (NIDA, 2008)

Fuente: PNAS; 101:8174-8179. 2004.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Tal y como recoge Becoña (2007b), hoy sabemos sobre el consumo de drogas, que:

1. Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras.
2. Hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen.
3. Las expectativas que se poseen sobre una sustancia adictiva están relacionadas con el consumo posterior, llegándose a corroborar que las expectativas son predictivas del consumo posterior. Dichas expectativas forman parte de un conjunto de creencias, compartidas, construidas y transformadas por el grupo al que se pertenece, siendo este conjunto de creencias las representaciones sociales (Gallego, 2001).
4. Toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias. Y, de los estudios realizados sobre esta cuestión (Becoña, 1999), podemos concluir que:

   — Existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de cocaína y/o heroína.
   — Aunque existe relación, no se puede/«debe» confundir «relación» (estadística) con «causalidad».
   — Desde una perspectiva preventiva y de salud pública, hay que intervenir tanto en las variables de tipo social (aceptación, disponibilidad, precio), biológicas (predisposición) y psicológicas (percepción de riesgo, rasgos de personalidad, cognitivas/aprendizaje).
   — La prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento «empoderamiento») y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Programas escolares

La escuela ha sido reconocida como el ámbito idóneo para implementar programas preventivos sobre el consumo de drogas y otras conductas adictivas, principalmente porque se tiene acceso a todos los individuos desde los 3 a los 16 años dada la obligatoriedad de la educación en estas edades. Se trata de etapas evolutivas en las que hay una mayor receptividad al aprendizaje y en las que, además, se adquieren hábitos de vida que con bastante probabilidad se consolidarán posteriormente y, finalmente, el contexto escolar dispone también del propio profesorado que, en ocasiones, presenta una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico, puede y debe ser una pieza fundamental en la implementación de los programas preventivos (Maciá, 2005; Salvador *et al.*, 2008; Isorna, 2013).

Actualmente existe, en ciertos segmentos de la población, un aumento de la concienciación social por las repercusiones negativas del consumo de drogas ilegales. Es necesario considerar al alcohol como parte de estas sustancias, que provocan un incremento de morbilidad y de mortalidad evitable y con gran repercusión social y económica, constituyendo uno de los problemas de salud más graves de nuestra comunidad y uno de los principales retos que tiene planteados la sanidad pública. Es importante distinguir dos clases de consumo de drogas: El consumidor experimental, que es aquel que prueba la droga una o más veces en su afán de conocer nuevas sensaciones, pero no suele volver a consumirla; y el consumidor sistemático a la forma de consumo habitual que caracteriza a la adicción y la pérdida del control sobre su consumo.

Globalmente, la experimentación con las sustancias adictivas más comunes se produce en la edad escolar, lo que ha subrayado aún más el papel de la escuela en la prevención de estos consumos, ya que los programas que se implementan en este ámbito tienen la ventaja de llegar a la mayoría de jóvenes, así como a sus familias e, incluso, a la comunidad. La escolarización obligatoria permite además el seguimiento de cohortes enteras de chicos y chicas durante una buena parte de la adolescencia, y facilita no solo la monitorización sino también la experimentación y evaluación de los programas preventivos dirigidos a este grupo de edad (Fernández *et al.*, 2002).

Es a lo largo del período educativo en el que se produce la primera etapa de la adolescencia. Cuando los niños pasan de la primaria a la Educación secundaria, se enfrentan a nuevos retos sociales y académicos. Con frecuencia en este período los preadolescentes son expuestos por primera vez a sustancias de abuso, como el tabaco y el alcohol. Cuando ingresan a la secundaria, los adolescentes se pueden encontrar

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

con que hay una mayor abundancia de drogas en el entorno del centro escolar (sobre todo en el paso de un centro de infantil/primaria a un Instituto de educación secundaria), más abuso de drogas por los adolescentes mayores y actividades sociales en donde se usan drogas (Isorna *et al.*, 2013; NIDA, 2008).

En los últimos años tanto las características generales como los contenidos de los programas de prevención del consumo de sustancias adictivas en la adolescencia han experimentado un considerable cambio de enfoque, se ha disminuido la importancia concedida a los efectos negativos del consumo a largo plazo, ya que se ha demostrado que el impacto de estos programas es limitado y su efectividad decrece o desaparece con el tiempo. Además, algunas intervenciones han centrado su mensaje en una perspectiva de abstinencia total, lo que ha sido criticado por producir un efecto de rechazo entre gran parte de los jóvenes en riesgo (Fernández *et al.*, 2002). Por otra parte, dada la gran cantidad de variables y factores de riesgo que influyen y determinan que un sujeto desarrolle dependencia (véase Figura 2) y ante los continuos cambios de los perfiles de los consumidores, contextos de consumo, leyes, etc. aparecen dudas en cuanto a la edad adecuada para iniciar los programas preventivos según la población diana, tipo de aplicador del programa, la duración e incluso sobre los componentes y mensajes de los mismos.

Figura 2

Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la adicción (NIDA, 2008)

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Estado actual de la prevención en el sistema educativo

El modelo más aplicado en la actualidad es el que incluye no solo conocimientos sobre drogas y capacidad de decir que no, sino también un espectro más amplio de competencias (*life skills* o habilidades para la vida) como la toma de decisiones, establecimiento de metas, gestión del estrés, autoafirmación y habilidades de comunicación. De hecho, enfrentarse a la experiencia directa de consumir drogas no es una experiencia común en la adolescencia, mientras que la necesidad de hacer elecciones racionales, mantener la propia opinión o criticar las reglas y normas de grupos son sucesos más comunes. Con relación a las normas sociales, se observó que los/las niños/as y adolescentes que perciben el consumo de sustancias como algo normal y tolerado tienen más probabilidades de comenzar a consumirlas ellos/as mismos/as en comparación con compañeros/as de edad similar que no comparten esta creencia.

Los programas actuales contienen herramientas para aclarar las creencias sobre frecuencia y aceptación del consumo de sustancias, así como sobre los intereses promovidos en su marketing. Además tratan de vincular actividades desarrolladas tanto en la escuela como en la comunidad, ya que tienen más posibilidades de tener éxito que los programas escolares que se realizan de forma aislada. En resumen, los programas que combinan la educación en habilidades para la vida con la educación normativa y la adquisición de conocimientos sobre sustancias se denominan programas basados en el modelo de Influencia Social Integral (CSI) (Bohrn *et al.*, 2008).

A partir de la promulgación de la LOGSE el año 1990 se hace obligatoria la educación para la salud como un tema central del currículum escolar, junto con otros temas como la educación ambiental, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, etc. Está previsto que la prevención de las drogodependencias ocupe un espacio dentro la educación para la salud. La LOGSE supone el reconocimiento oficial de la necesidad de la prevención en todas y cada una de las escuelas. Pero, como muchas veces ocurre, la realidad no es un reflejo inmediato de las leyes promulgadas. Hace falta una voluntad decidida y medios para que se produzcan cambios, y ambas cosas han escaseado en la puesta en marcha de esta reforma y sobre todo de la prevención de las drogodependencias (Calafat, 2000).

En este contexto y como resultado de la limitada eficacia que se atribuyen los diversos programas tradicionales de educación sobre las drogas, en España se han confirmado dos estrategias que en la actualidad, para muchos, se mantienen como contrapuestas en las actividades de prevención de la drogodependencia: la *primera*, que impera en

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

los Estados Unidos, continúa con la línea de perfeccionamiento de los programas específicos incluyendo la intervención sol el contexto social en que se desarrollan, y buscando perfeccionar las técnicas de los programas. Se utilizan nuevas estrategias de prevención basadas en un conocimiento más completo de las razones por las cuales los jóvenes se ven involucrados en el consumo de sustancias psicoactivas, centrándose en los factores psicosociales que aumentan el inicio en dicho abuso. Los trabajos realizados bajo el enfoque de «influencia social» (entrenamiento en habilidades de resistencia) han mostrado que pueden lograr disminuciones significativas en la conducta de fumar, con resultados que van desde el 33 % al 39 % en la reducción de nuevos fumadores en el grupo de intervención frente al grupo de control; por su parte, los enfoques de «aprendizaje de habilidades sociales y personales generales» han mostrado en los estudios que valoran su efectividad efectos muy importantes en la conducta de los jóvenes con reducciones en nuevos casos de fumar experimental del 42 % al 75 % (Botvin, 1999a); la segunda, considera que la prevención del consumo de drogas ha de considerarse en el contexto de la Educación para la Salud, que con la reforma educativa se incorpora en el diseño curricular base como materia obligatoria (línea transversal), más acorde con la LOGSE. Siendo muy positivo el planteamiento pues, dentro de una materia general como esta, el problema de las drogas está contextualizado y no despierta un interés especial, si nos centramos en el problema de la prevención del consumo de droga, son muchos los riesgos que se corren de limitar nuestra actuación al contenido de una materia tan amplia. El problema puede plantearse si se considera que el papel de la escuela, tan importante en la prevención del consumo de las drogas, se reduce o queda justificado con actuaciones que serían en la mayoría de los casos puramente informativas o rutinarias. Cuando lo que se necesita es un compromiso de toda la comunidad educativa (padres, profesores y alumnos) y su inclusión en el Proyecto Educativo de Centro (Vega, 2005). Esto permitiría que la escuela pusiese en marcha todo tipo de actuaciones, escolares y extraescolares, dirigidas a los alumnos y a padres, actuaciones que puedan utilizar otros recursos comunitarios de forma coordinada. Con esta formulación nos adentramos en un modelo de actuación con importantes limitaciones metodológicas, donde es difícil operativizar la meta a alcanzar y no permite disponer el trabajo de forma que se pueda evaluar la eficacia real; situación en la que nos encontramos en la actualidad.

La reforma y mejora del sistema educativo y el desarrollo de programas de educación integral en la escuela que eviten un tratamiento diferenciado de las drogas, son, sin duda, estrategias importantes a de-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

sarrollar y que pueden demostrar un gran potencial a la hora de influir sobre las actitudes y comportamientos de los jóvenes en relación, también, al problema de las drogas. Sin embargo, consideramos que estas actuaciones inespecíficas deben complementarse con actuaciones específicas en edades críticas (especialmente con respecto al alcohol y tabaco), pues, como afirma Calafat (1988), sabemos lo difícil que resulta que el joven cuando se encuentra en una situación real de oferta, en la que tiene que tomar alguna determinación, utilice en el sentido deseable, desde el punto de vista de la salud, la información de que dispone. Este mismo autor, Calafat (1994), apunta que la inespecificidad del abordaje de la prevención de las drogodependencias se refiere especialmente al enfoque global, que exige que el tema de la droga sea abordado junto con otras temáticas, pero considerando que caben dentro de este marco general actuaciones específicas, siendo esto particularmente más necesario en el caso de la prevención del consumo de drogas legales.

A continuación señalamos algunas de las reflexiones sobre la LOGSE (1990) en torno a la implementación de programas de prevención de drogodependencias en la escuela por Calafat (1994, 2000):

- —Ni la *LOGSE* (1990), ni la *LOE* (2006), ni la *LOMCE* (2013) aseguran ni la forma ni el marco actual de cómo el tema de las drogas será tratado *en cada colegio ni la extensión y la metodología necesaria*. Obviamente la situación actual es mejor que la anterior, donde no había ninguna obligación de tocar el tema de las drogas, pero el carácter obligatorio no puede ir más allá de asegurar un tratamiento mínimo de cada cuestión, y menos todavía se puede tener la certeza de que el tema será abordado con las necesidades didácticas que el tema requiere.
- —No asegura ni *la cantidad* ni *la calidad de la formación del profesorado en prevención de las drogodependencias*. Esta reforma de la ley educativa en su conjunto supone un giro importante en contenidos y fórmulas didácticas pero, como recoge el propio Ministerio de Educación y Ciencia (1992): «El profesor, de acuerdo con el modelo que se dibuja, ha de pasar de ser un transmisor de saberes ya elaborados a una persona que motiva y plantea problemas de salud presentes en el medio, que tiene en cuenta las ideas de los alumnos y diseña actividades de aprendizaje, que realiza intervenciones adecuadas de ayuda, que promueve la búsqueda de información, que aporta materiales de apoyo, que ayuda a la elaboración de conclusiones y colabora con los estudiantes en el diseño de estrategias de difusión».

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Más allá de temas motivacionales del propio profesorado, el tema de la formación en la prevención de drogodependencias está lejos de ser una cuestión fácil y resumible en la transmisión de unos contenidos (Amengual *et al.*, 1991). En relación a la formación del profesorado el Comité Europeo para la Salud del Consejo de Europa (1991) señala literalmente lo siguiente: «Es esencial que los mismos enseñantes sean aptos en sus contactos diarios con los alumnos para sensibilizarles preventivamente al uso de drogas... Salvo si están formados como corresponde en cuestiones de psicología del toxicómano y del consumo de drogas, los enseñantes no llegarán a convencer a los jóvenes del peligro. Además aquellos profesores formados y bien informados serán más capaces de trabajar con jóvenes con problemas de drogas y aprovechar los importantes canales de comunicación existentes entre los padres, los alumnos y ellos mismos». Y se sigue diciendo: «Es necesario que los enseñantes hagan cursos especiales de formación profesional para ayudarles a adquirir los conocimientos y las aptitudes necesarias».

—Una cuestión por resolver es *saber cuál es la forma definitiva que adquirirá en la práctica la prevención de drogodependencias dentro del desarrollo e implementación del programa de prevención de drogodependencias, para comprobar si cumple con los mínimos previstos en la concepción original del programa*. Es lo que se llama fidelidad al programa (o sea, el grado en que el programa se realiza en la práctica tal como fue diseñado), que junto con la reinvención (elementos o desarrollos que son introducidos espontáneamente por los propios profesionales que aplican el programa ajenos a la concepción original del mismo) son cuestiones a tener en cuenta para conocer qué es lo que realmente están los chicos recibiendo.

—Existen además importantes cuestiones científicas por resolver. Una cosa es que hayamos acertado con el marco, en este caso el de la educación para la salud, con un tratamiento transversal, dentro del currículum escolar y la otra es que *importa conocer de forma experimental los efectos del programa sobre los alumnos, en las condiciones ordinarias de desarrollo del programa, y en qué grado se cumple con los objetivos preventivos previstos*.

—Es importante resolver *la conexión de la escuela con la sociedad y con los programas comunitarios de prevención.* En líneas generales esta relación no es muy fluida. Es claro que se deben com-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

plementar dichos programas con un trabajo con los padres y el resto de la comunidad. Pero, nuevamente, más allá de las declaraciones de principios, no es una tarea fácil de llevar a la práctica y se requeriría desarrollar una estrategia específica, con sus recursos humanos y técnicos.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de los artículos publicados entre 1990 y 2014 y referenciados en las bases de datos electrónicas: Psicodoc, BVs-Psi, Medline, PsycInfo, Scopus, Eric y las bases de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), ISOC ciencias sociales y sumarios IME (biomedicina), Cochrane Library y Medline sobre los programas de prevención de drogodependencias, tabaco, alcohol y cannabis en el ámbito escolar.

Para ello se han utilizado las siguientes palabras clave y sus combinaciones: *programs, education, drugs prevention, prevention, smoking, alcohol, school, adolescence, teenagers, young, drug abuse, scientific evidence, effectiveness, effect size)*. Hemos identificado numerosas publicaciones y programas preventivos que aluden a o defienden la necesidad de intervenir en este campo con criterios científicos y que pasamos a dar cuenta.

Características de los programas eficaces

Como en toda pretensión de síntesis, sobre la información disponible en un campo determinado, se ha de ser sumamente cauto a la hora de integrar los resultados de los diversos estudios. Es decir, aunque todos los estudios analizados se centran en programas escolares para la prevención del consumo de drogas, estos estudios se realizan en periodos temporales distintos, empleando una amplia variedad de medidas de resultados y se caracterizan por una gran heterogeneidad metodológica. No obstante, de las revisiones que a continuación se detallan se pueden extraer ciertas conclusiones de utilidad sobre las características de los programas eficaces basados en la evidencia empírica (Gázquez *et al.,* 2009). También debemos tener presente, tal y como recoge Fernández *et al.* (2002), que con frecuencia los investigadores buscan encontrar resultados positivos, más que comprobar objetivamente la efectividad, actitud influida por numerosas presiones externas. De hecho, siempre se valoran mejor las publicaciones con resultados positi-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

vos, aunque es de gran utilidad para la comunidad científica conocer aquello que no funciona y por qué. Por otra parte, el bajo presupuesto económico destinado a la prevención hace que el mismo equipo que diseña e implementa los programas preventivos sea el que los evalúa (Brown y Kreft, 1998). Además, en ocasiones los programas se mantienen no por su efectividad sino por tener principios compatibles con la política de prevención (Gorman, 1998).

Programas de prevención universal efectivos en la escuela: prevención basada en la evidencia

La escuela no es solo un lugar donde se adquieren aprendizajes conceptuales y procedimentales, sino que sirve también para adquirir aprendizajes relacionados con la conducta social, aprendizajes afectivos y actitudinales que son necesarios para enfrentarse adecuadamente al consumo indebido de drogas. El objetivo final de la educación es el desarrollo integral de la persona. Por eso debemos prestar especial interés a aquellos síntomas, entre los que se encuentran los problemas con drogas, que indiquen que dicho desarrollo no se está produciendo correctamente (Alonso *et al.*, 1996). Las escuelas tienen la capacidad de llegar a un número grande de escolares y los programas que se implementan en el horario escolar son relativamente viables para su puesta en práctica, comparados con otros programas como pueden ser los de ámbito familiar, o basados en la comunidad (Soole *et al.,* 2008). La escuela, como agente socializador de primer orden, le ofrece a los estudiantes la posibilidad de adquirir el conocimiento y las habilidades para ser ciudadanos competentes y refuerza las actitudes y comportamientos pro-sociales. Como ambiente protector, la mayoría de las escuelas se supone que estén libres de sustancias o drogas y que tengan actividades para relacionar a progenitores y familias con el personal docente.

La escuela es el ámbito ideal para la implementación de los programas preventivos por diversos motivos (Alonso *et al.*, 1996):

—Es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándolas en aquellos casos en que sea preciso.

—Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—Los alumnos/as en la edad escolar están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
—La obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.
—Es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
—Los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.
—A partir de la LOGSE se crea un marco, la Educación para la Salud, en el que trabajar la prevención del abuso de drogas.

Los programas preventivos escolares universales son convincentes por diversos motivos: son económicos porque se llega a una población grande, a la vez que son amplios los objetivos de salud: evitar consumir tabaco, alcohol y drogas, y la obesidad. Al dirigirse a jóvenes, los programas basados en la escuela intervienen en una población donde la prevalencia es la más elevada y los beneficios potenciales para la vida futura son los más elevados (Sloboda, 2008).

Bases para la implementación de programas preventivos en la escuela

La prevención, si se lleva a cabo únicamente con buenas intenciones, puede ser perjudicial e incrementar la curiosidad y el interés de los y las jóvenes por las sustancias psicoactivas. Para que resulte segura y eficaz, no basta con aplicar solo componentes eficaces; también tienen que ser presentados de manera coherente, en el orden correcto, de modo que los diversos componentes se refuercen entre sí, en lugar de limitarse a abordar temas de manera casual y según el humor del momento. Estos protocolos completos de implementación, que incluyen manuales, materiales e información para todas las sesiones han sido considerados a menudo difíciles de llevar a la práctica en la vida real de las escuelas. De hecho, no es una tarea fácil, ya que requiere planificación, una estrategia global y mucha comunicación (Burkhart y Crusellas, 2002).

A continuación presentamos la información básica sobre estos aspectos contenida en la revisión entre otros de la OMS (2002) y el Eu-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ropean Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2006a) y Tobler *et al.* (2000):

Según la Metodología: Programas interactivos, orientados a la actividad

> «La OMS recomienda que los programas educativos de consumo de sustancias sean interactivos, implicando el intercambio de ideas y experiencias en la población estudiantil a la que van dirigidos. El desarrollo de habilidades, la práctica de habilidades y la retroalimentación son también elementos importantes de los programas educativos en consumo de sustancias» (WHO, 2002).

En función del nivel de interacción que proporcionan en clase, los programas se clasifican en dos categorías (Tobler y Straton, 1997; Tobler *et al.*, 2000):

—*Programas no interactivos:* presentación teórica de la información con escasa interacción, o metodologías que incluyen la interacción entre profesor y alumno, pero no entre alumnos.
—*Programas interactivos:* programas cuya estructura se basa en grupos de discusión y estimulan la interacción entre iguales o estructuras que propician una interacción máxima).

Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: *role-playing*, modelado activo, discusión y debate. Incluso cuando se analizan controlando variables como el tipo de sustancia y la etnicidad. Los programas interactivos son, como mínimo, dos veces más efectivos que los programas no interactivos y hasta cuatro veces más (Tobler y Straton, 1997).

Los programas interactivos proporcionan oportunidades de contacto y de comunicación para el intercambio de ideas entre participantes y estimulan el aprendizaje de las habilidades para el rechazo de drogas (Tobler *et al.*, 2000); este intercambio de ideas y experiencias por parte del alumnado, la oportunidad de practicar nuevas habilidades y de obtener retroalimentación sobre la práctica de las mismas actúan como un catalizador del cambio, más que cualquier rasgo de contenido crítico del programa. Se plantea que, si los programas actuales fueran remplazados por programas interactivos, la efectividad de la educación en consumo de sustancias en las escuelas aumentaría en un 8,5 % (García Averasturi, 2010).

Se ha encontrado en las investigaciones recientes que se debe tener precaución cuando se agrupan a los adolescentes de alto riesgo en

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

intervenciones preventivas de grupos paritarios. Tales grupos han mostrado producir resultados negativos, ya que los participantes tienden a reafirmar entre sí la conducta de abuso de drogas (Dishion *et al.* 2002).

La recepción de retroalimentación y la crítica constructiva en una atmósfera de confianza permite a los estudiantes poner en práctica las recién aprendidas habilidades de rechazo (Cuijpers, 2002; Tobler *et al.*, 2000).

Tobler *et al.* (2000) encontraron para los programas interactivos un tamaño del efecto de 0,15 en relación al consumo de tabaco (basado en 105 valores) y un tamaño del efecto de 0,13 para el consumo de alcohol (calculado en base a 66 valores) y para el consumo de cannabis (basado en 37 valores). Al mismo tiempo, mostraron que los programas que enfatizaban contenidos de conocimiento y/o afectivos tendían a utilizar métodos no interactivos. Mientras que los programas que destacaban el conocimiento con las habilidades de rechazo, y el conocimiento junto con las habilidades de rechazo y las habilidades genéricas, tendían a usar métodos interactivos. Los programas que redujeron el consumo de drogas emplearon métodos interactivos, mientras que los otros programas usaron métodos no interactivos. De igual modo, hallaron que los programas eran más diferenciados por el tipo de aplicación que por su contenido, y que en los resultados ejercían una influencia mayor el tipo de aplicación que el contenido.

Sesiones de repetición

> «Es importante que los programas sean sostenidos a través del tiempo para la efectividad del cambio de comportamiento» (WHO, 2002).

Se considera de valor incorporar sesiones de repetición durante un número de cursos académicos a través de los años escolares. Las sesiones de repetición ofrecen la oportunidad de reforzar y construir mensajes durante un número de años adaptados a la edad y desarrollo del alumnado (WHO, 2002). El número de sesiones identificado en la literatura varía entre 5 y 17, pero comúnmente implica un mayor número de sesiones en el año inicial y menos sesiones en los siguientes años. Se plantea que la intensidad del programa sea de una duración de 15 o más horas, incorporando 10 sesiones en el primer año, seguidas de, por lo menos, 5 sesiones en el segundo año. Comúnmente los programas se aplican con más intensidad el primer año y desarrollan pocas sesiones en años sucesivos (aproximadamen-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

te 3 años). Incluso algunos autores sugieren que se realice una tercera fase de recuerdo cuando los datos de prevalencia indican un aumento en el consumo o cuando el contexto de consumo cambia (Shope *et al.*, 2001). No obstante no está claramente dilucidado qué tipo de programas se pueden beneficiar al añadir este componente, por lo que probablemente las sesiones de recuerdo y sobre todo las campañas en los medios de comunicación (TV, radio, internet) aumenten la eficacia de los programas dependiendo de otras características de los protocolos.

En otras publicaciones se sugieren menos sesiones en general, abarcando cuatro, cinco, hasta ocho sesiones iniciales, seguidas de tres, cinco u ocho sesiones de repetición y posiblemente una tercera fase de repetición cuando los datos de prevalencia indiquen un aumento en el consumo, o cuando el contexto de consumo cambie. Se recomienda que los programas de educación en prevención de drogodependencias en la escuela deben implementarse un número de años y construir habilidades, conocimientos y experiencias en chicas y chicos en la medida en que progresan a través del tiempo. Puesto que no se aprecian ni en horas de intervención, ni en semanas del programa, que indicarían que a mayor cantidad e intensidad del programa mejores resultados, este hallazgo significa que es preferible que las intervenciones se distribuyan en un número mayor de sesiones breves a que se concentren en un número menor de sesiones largas (Espada *et al.*, 2002). Generalmente, un mayor número de sesiones debe ofrecerse el primer año (4-10 sesiones) con seguimiento de 3-8 sesiones y de 5-8 sesiones en años siguientes (EMCDDA, 2006a; García Averasturi, 2010).

Sesiones de recuerdo

Los programas que introducen sesiones de recuerdo logran mantener los efectos positivos alcanzados e incluso, en ocasiones, los aumentan; este efecto positivo en el impacto de los programas al añadir sesiones de recuerdo o algún reforzador similar es general para todas las sustancias (Cuijpers, 2002; Flay, 2000; Paglia y Room, 1998; Shope *et al*., 2001; Skara y Sussman, 2003). En la actualidad se han empleado diversos tipos o formatos de sesiones de recuerdo, como intervenciones telefónicas y correos electrónicos (Elder *et al.*, 1993), sesiones adicionales en el aula (Ellickson y Bell, 1990) e incluso *dossiers* con materiales preventivos (Dijkstra *et al.*, 1999). En general, todos los formatos de sesiones de recuerdo refuerzan los mensajes y habilidades adquiridos una vez finalizado el programa (Gázquez *et al.*, 2003).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Mantenimiento de los efectos

Un tema de gran importancia es la necesidad de realizar medidas de seguimiento a largo plazo de los efectos de los programas preventivos, para determinar si mantienen sus efectos. Es decir, es necesario mostrar si un pequeño retraso en la edad de inicio conlleva a un futuro retraso en el uso regular de sustancias, o a una no progresión hacia el uso regular (White y Pitts, 1998).

A este respecto numerosos autores indican que los efectos preventivos típicamente no se mantienen y/o gradualmente decaen con el paso del tiempo (Bell *et al.*, 1993), sugiriendo la necesidad de continuar la intervención o incluir sesiones de recuerdo. Sin embargo, existen estudios que informan de efectos positivos en la conducta de consumo después de tres años de la aplicación de programas basados en el modelo de influencia social (Flay *et al.,* 1989).

Con un período mínimo de 24 meses se han encontrado mejores resultados para los grupos de intervención frente a los controles en el consumo de tabaco (una reducción del 11,4 % con un rango de 9 a 12 %), en el consumo semanal de alcohol (entre un 6,9 % y un 11,7 %) y efectos provisionales para el cannabis en un período de 3 a 24 meses (Skara y Sussman, 2003).

Análogamente, la evaluación del programa LifeSkills Training, tras seis años de la línea base, arroja menores niveles de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los grupos de intervención con alta fidelidad (que recibieron un 60 % del programa) en comparación con el grupo control. Por otro lado, datos recogidos en una muestra de individuos seguidos durante el año después de la escuela secundaria han encontrado niveles significativamente más bajos entre los estudiantes de los grupos intervenidos frente a los controles, con respecto al uso de alucinógenos, heroína y otras drogas ilícitas (Botvin, 1999b).

Según los contenidos a desarrollar

Los estudios de meta-análisis que han analizado metódicamente las intervenciones preventivas para el consumo de drogas en la adolescencia han evidenciado que los programas de prevención pueden tener efectos positivos a corto plazo. A su vez, han hallado que ciertos contenidos y metodologías de instrucción obtienen mayores resultados que otros (Tobler *et al.*, 1999; 2000); estos autores clasifican los contenidos de los programas escolares en varios dominios:

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—*Conocimiento*: Información sobre los efectos de las drogas, las consecuencias de los medios de comunicación y sociales, y el uso actual por los iguales (educación normativa).
—*Contenido afectivo*: Incluye autoestima y sentimientos, autoconciencia personal y actitudes, creencias y valores.
—*Habilidades de rechazo*: se centran en habilidades relacionadas con las drogas. Compromiso público para no usar drogas, habilidades cognitivo-conductuales y actividades que promueven redes con adolescentes que no consumen drogas.
—*Habilidades Genéricas*: aquellas habilidades que aumentan las competencias personales y sociales, tales como la toma de decisiones, comunicación, afrontamiento y habilidades sociales.

Los programas que incluyen componentes basados en las influencias sociales (información sobre las consecuencias del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de resistencia e información normativa) obtienen un efecto pequeño pero positivo en comparación con otros tipos de programas (Cuijpers, 2002; Skara y Sussman, 2003; Tobler y Stratton, 1997; Tobler *et al.*, 2000; Moral *et al.*, 2005). Desde este enfoque, los programas más eficaces parten de teorías psicosociales y centran su atención principalmente en factores de riesgo y protección psicosociales que actúan en las primeras etapas del consumo (Gázquez *et al.*, 2009).

En algunas ocasiones los componentes de las influencias sociales (presión de grupo, medios de comunicación) se presentan en programas de mejora de competencias como: asertividad, afrontamiento, comunicación y en ocasiones, un componente afectivo, es decir, un entrenamiento de habilidades genéricas. Los estudios revisados han hallado que estos programas producen efectos en las conductas de consumo, así como en los factores de riesgo más relevantes (Botvin *et al.,* 1997; Coogans *et al.,* 2003; Cuijpers, 2002; Tobler *et al.*, 2000; Faggiano *et al.*, 2005).

El desarrollo de habilidades sociales generales como estrategia preventiva ha sido puesto en entredicho por algunos trabajos; así Graham *et al.* (1989) señalan que desarrollar habilidades sociales generales no tiene porqué tener ningún efecto reductor sobre el consumo de drogas; en ocasiones, podrían incluso facilitar dicho consumo, esto está relacionado con los resultados expuestos por Ashby *et al.* (1989) quienes encontraron que la asertividad social está directamente relacionada con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, mientras que la asertividad relacionada con las sustancias está inversamente relacionada con dichos consumos.

En este sentido la eficacia del entrenamiento en habilidades de resistencia ha sido cuestionada por diversos autores, argumentándose en

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

muchos casos que el potencial del componente de habilidades de resistencia (pese a que obtiene efectos positivos) es limitado para subgrupos de la población diana, especialmente en aquellos adolescentes para quienes los factores de riesgo no están asociados con la presión del grupo (Gorman, 1996; Shin, 2001). Flay (2000) sugiere que el posible error de esta estrategia se deba a que su papel se centra en cambiar los efectos de la presión de los pares, sin tener en cuenta los efectos de la influencia indirecta de los pares «*valores*» y la preferencia por los pares que se perciben como iguales en términos de comportamiento y estatus socioeconómico.

El Programa *Entrenamiento en Habilidades para la Vida* (Life Skills-Trainning) es el máximo exponente de los programas de mejoras de competencia. Stothard y Ashton (2000) han realizado una completa revisión del programa, concluyendo que, aunque el programa tiene efectos beneficiosos frente al consumo de tabaco y de múltiples sustancias, los resultados positivos son probablemente similares al número de resultados negativos o nulos y se limitan solo a algunos estudios. En esta misma línea, Coggans (2003) señala que el grado de efectividad del programa está sobreestimado, promoviéndose como más eficaz de lo que realmente es. Pese a ello, el autor concluye que, aunque es improbable que este programa u otro de prevención primaria pueda lograr un impacto mayor en uso de drogas (y, especialmente, en los problemas de consumo de drogas), es uno de los pocos programas de esta naturaleza para el que existe evidencia sobre su impacto positivo, aunque este impacto positivo sea limitado.

Destacar que los programas menos eficientes son los que se concentran exclusivamente en el conocimiento (aquellos encaminados solamente a enseñar a los jóvenes sobre las drogas), los que se centran exclusivamente en cuestiones afectivas (que resaltan la autoestima y la aclaración de los valores) o las combinaciones de estrategias afectivas y de conocimientos (Paglia y Room, 1998; Sharp, 1994; Thomas, 2003; Tobler *et al.*, 2000).

Edad de los sujetos: momento ideal de las intervenciones

> «Ofrecer una combinación de fase de inoculación y de fases de relevancia temprana y posterior guiada por datos de prevalencia local» (WHO, 2002).

Los programas de prevención deben aplicarse en las fases de desarrollo apropiadas, especialmente cuando es más probable generar un impacto en el comportamiento. A este respecto las investigaciones han

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

encontrado una mejoría para los programas aplicados a adolescentes entre 11 y 14 años, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas y los tamaños del efecto fueron pequeños. Pese a que no existe una edad claramente establecida, hay un acuerdo unánime al afirmar que la mejor propuesta preventiva es la que se lleva a cabo antes de que aparezca el fenómeno del consumo de drogas (Gottfredson y Wilson, 2003).

En la revisión de la WHO (2002) y EMCDDA (2006a) los expertos consideran que los programas deberían ofrecerse en un momento apropiado del desarrollo adolescente y, particularmente, cuando las intervenciones tengan la mayor probabilidad de impactar en el comportamiento de chicas y chicos. Potencialmente existen tres períodos críticos en el desarrollo de la conducta en que los efectos de las intervenciones pueden optimizarse más:

—*Una fase de inoculación*, la cual tiene el potencial de jugar un papel importante en modificar patrones de conducta y respuestas de chicos y chicas en situaciones de consumo de alcohol y otras sustancias (prioritariamente, el último ciclo de educación primaria, 10-11 años).
—Los programas deben también ser relevantes para las experiencias en la vida de chicas y chicos durante el período en que la mayoría esté experimentando una exposición inicial al consumo de sustancias. Esta fase de *relevancia temprana* asegura que la participación en programas ocurra cuando es más probable que la información y las habilidades tengan significado y aplicación práctica (primer ciclo de secundaria, 12-13 años).
—Finalmente, algunos estudios sugieren que se desarrollen los programas en una *etapa de relevancia posterior* cuando la prevalencia del consumo aumenta y el contexto del consumo cambia; por ejemplo, cuando chicas y chicos están bebiendo alcohol y conduciendo, o cuando están expuestos a un grupo de iguales de más edad en pubs y discotecas (14-16 años) (WHO, 2002).

Los programas pueden ser mejor diseñados para un grupo poblacional usando datos de prevalencia local (por lo tanto, lo recomendable es realizar un estudio epidemiológico a nivel local). Los datos de prevalencia ofrecen información sobre la edad común de iniciación, la edad en que la mayoría de los jóvenes comienza a experimentar y las tasas de consumo a través del tiempo para varias sustancias y regiones, en diferentes períodos de tiempo. Esta información puede entonces ser usada para satisfacer los momentos críticos mencionados anteriormente en la historia del consumo de drogas de chicos y chicas, y puede por

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ello adaptarse a fluctuaciones en prevalencias a través del tiempo para las nuevas poblaciones de jóvenes.

Fisher (1998) plantea que la evidencia de un grupo de edad óptimo para la prevención no está clara, aunque los resultados de las intervenciones en la adolescencia tardía (>17 años) generalmente son más débiles. También sugiere que, como los patrones problemáticos de consumo aparecen típicamente en la adolescencia media (15-16 años), los intentos de modificar la conducta en esta edad pueden ser más productivos.

Orientar las acciones al cambio de conducta más que al conocimiento y/o las actitudes

El determinante clave de los programas exitosos de educación en prevención de drogodependencias en las escuelas es que el programa sea capaz de impactar significativamente en la conducta de consumo de sustancias en chicos y chicas. En algunas revisiones se argumenta que el impacto reducido de un programa en los años siguientes a su implementación no necesariamente es una cosa negativa, puesto que el período en el que está teniendo un impacto ofrece una ventana añadida de oportunidades de prevención que no hubiera sido posible sin dicho programa. Además, el alumnado objeto de las intervenciones puede tener mayor capacidad para abandonar el consumo y puede haber una mortalidad y morbilidad disminuida como resultado de este periodo de consumo reducido aplazado (WHO, 2002).

Asimismo, la constatación de que la mayoría de los jóvenes han tenido su primer contacto con las drogas con sus amigos en contextos de ocio y que el aburrimiento en el ocio está relacionado con el consumo de sustancias (siendo este mayor cuanto más intenso es el grado de aburrimiento) hace imprescindible que los programas preventivos doten a los alumnos de habilidades para minimizar estos dos factores de riesgo (Faílde y Dapía, 2012).

Las propuestas educativas para los alumnos de secundaria deben integrar criterios didácticos de transversalidad y utilizar el propio aprendizaje significativo que poseen los alumnos; se debe promover un proceso de reflexión crítica inductora de cambios actitudinales buscando siempre un re(ajuste) de la percepción de los riesgos inherentes al consumo, así como una evaluación crítica del consumo recreativo de drogas en el espacio del ocio juvenil nocturno (Durán *et al.*, 2002; Bellis y Hugjes, 2003).

No cabe duda de que todos los componentes son importantes para el buen funcionamiento de un programa preventivo, pero los plantea-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

mientos y casos que se les deben plantear en el aula deben ser lo más fieles y cercanos a su propia realidad, lo cual les ayudará a centrarse en su propia conducta y no en sus opiniones o actitudes.

Dirigidos al multi-consumo de sustancias o al consumo de una sola sustancia

> «Otra cuestión que puede orientar el desarrollo de los programas es la sustancia que causa el mayor daño y costes en la comunidad y la que sea más consumida» (WHO, 2002).

Hoy contamos con un modelo de iniciación y escalada del consumo bien documentado (Kandel, 1982), este modelo defiende que el consumo de drogas sigue una secuencia definida que comienza en las primeras fases con el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y en ocasiones progresa hacia el consumo de cannabis (droga ilegal de entrada), produciéndose el consumo de otras drogas ilegales (cocaína, éxtasis, heroína, etc.) en fases posteriores. La mayoría de los programas de prevención escolares se dirigen frecuentemente a reducir, retrasar o eliminar el consumo del tabaco, alcohol y cannabis, partiendo de la hipótesis que afirma que, al reducir tempranamente el consumo de estas drogas de entrada, se reduce el uso de otras drogas en fases posteriores del desarrollo.

Según se plantea en la revisión de la WHO (2002), en algunos documentos se apoya la idea de adoptar programas dirigidos a una sola sustancia, porque sus resultados indicaron que los programas contra el tabaco eran tres veces más efectivos que los programas que se dirigían a múltiples sustancias dentro del mismo programa (McBride *et al.*, 2001; Shope *et al.*, 2001; Tobler y Straton, 1997; White y Pitts, 1998).

Los programas centrados en el consumo de alcohol, aunque no tan exitosos como los de tabaco, también son más eficaces que los multidrogas (Tobler, 1992). Estos resultados son particularmente pertinentes para estudiantes mayores de 12 años. En líneas generales, se defiende que los estudiantes más jóvenes pueden beneficiarse de la prevención de drogas en general (Tobler *et al.*, 1999). Existen otras opiniones, sin embargo, de que esto debe ser guiado por los datos locales de prevalencia. Se argumenta también que, por la diferente etiología del consumo de sustancias en la juventud, los programas deben desarrollarse para tipos individuales de sustancias (Shope *et al.*, 2001); sin embargo, esta sugerencia puede crear dificultades para las escuelas en relación con la hora del currículum (García Averasturi, 2010).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Los programas de prevención pueden orientarse hacia una variedad de drogas de abuso, como tabaco, alcohol y marihuana, o puede orientarse hacia un solo aspecto del abuso de drogas, como el mal uso de medicamentos que se venden con receta. Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas (NIDA, 2004). Según recomiendan Dishion *et al.* (1999) y Lalongo *et al.* (2001), los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: auto-control, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura. Los programas de prevención para los estudiantes de secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, auto-eficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes anti-drogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas (Botvin *et al.,* 1996; Scheier *et al.,* 1999).

Interacción con iguales/Líderes iguales

Los programas de prevención que se centran en la relación de un individuo con sus compañeros y desarrollan conocimientos teórico-prácticos sobre el funcionamiento del grupo, que implican un desarrollo de una mejor comunicación, realizan las relaciones positivas con sus compañeros e intensifican los comportamientos sociales positivos, y dotan a los alumnos/as de técnicas de resistencia para poder rehusar las ofertas de drogas son más efectivos. Se ha encontrado que los programas con estudiantes de la misma edad son más efectivos que los programas sin esos iguales. Los programas deberían brindar a chicos y chicas gran cantidad de tiempo para interactuar e intercambiar ideas durante actividades dirigidas a la tarea (WHO, 2002).

Otra posibilidad de implementación es la selección y formación de los líderes del grupo para que posteriormente sean ellos/as los encargados de su ejecución en el aula, siempre con el asesoramiento y supervisión del profesor. Existen dificultades asociadas a esta modalidad de trabajo con iguales como líderes que faciliten la actividad de la cla-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

se, entre los que destacamos: la selección de chicas y chicos líderes de grupos sociales que ya existen entre el alumnado; el entrenamiento y el tiempo requerido para su adecuada preparación; el currículo escolar ya demandante que ofrece poca oportunidad para introducir a iguales de más edad de otros sitios. Se necesita mucha investigación en la evaluación de los procesos y de los resultados que puedan esperarse de iguales líderes, en comparación con otras alternativas. Se requiere antes que su inclusión sea aceptada como parte de una educación regular en consumo de sustancias en las escuelas. Se necesita más investigación antes que sea recomendado el empleo de chicas y chicos que actúen como líderes iguales facilitadores como parte de programas educaciones de uso de sustancias. Las chicas y chicos que funcionen como líderes iguales pueden participar, por ahora, bajo la facilitación general del personal adulto ejecutor de los programas (WHO, 2002).

Programas basados en la escuela que involucran a los padres/madres

En una evaluación de programas que involucran a padres y madres (Shepard y Carlson, 2003) se ofrece una panorámica de la evidencia para la efectividad de los programas basados en la escuela que incorporan un componente de implicación parental. Existe una variedad de formas en que padres y madres pueden participar en los programas de prevención de sustancias, que incluyen: educación de padres y madres, entrenamiento en habilidades parentales, actividades progenitores-hijos, actividades sociales, servicios de asesoramiento, asesoramiento o solución de problemas en la casa, grupos de padres y madres, discusiones profesorado-progenitores y boletines informativos periódicos para la familia. Los programas de prevención pueden enseñar a los padres de niños pequeños técnicas que ayuden a la familia a comunicarse mejor, a mantener mejor disciplina y a hacer reglas firmes y constantes. La investigación muestra también que los padres necesitan tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, incluso hablar con ellos de drogas, vigilar sus actividades, conocer a sus amigos y comprender sus problemas y preocupaciones personales (González *et al.*, 2004; NIDA, 2004; Moral *et al.*, 2005; Carcelén *et al.*, 2009).

Aguilar (2002) destaca cinco razones fundamentales que justifican la necesidad de una colaboración entre la familia y la escuela:

a) Los padres son responsables de la educación de sus hijos y desde este punto de vista son clientes legales de los centros.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

b) Los profesores deberían tomar como marco de referencia el aprendizaje familiar para plantear aprendizaje escolar.
c) La investigación muestra que el aprendizaje familiar influye en el rendimiento.
d) Los profesores, como representantes de la autoridad educativa, tienen la responsabilidad de velar para que los padres cumplan con sus responsabilidades escolares y compensar la actuación de aquellos padres no competentes o negligentes.
e) Los padres tienen reconocido por ley su derecho a tomar parte en las decisiones sobre la organización y funcionamiento del centro.

Cabe destacar la importancia de la escuela en la detección de problemas en los hijos como el consumo de drogas y la relevancia de los espacios comunes entre padres y profesores para hacer frente a estos problemas. El hecho de que la escuela lleve a cabo un seguimiento de la evolución de los alumnos y lo comparta con su familia permite la detección temprana de problemas escolares, procesos de deterioro, dificultades de ajuste, etc. También permite plantear a tiempo estrategias de intervención para corregir estos problemas desde el centro, el propio alumno, la familia o de una manera conjunta (Notó y Rubio, 2002). Un espacio donde padres y profesores pueden intervenir conjuntamente para mejorar el bienestar de sus hijos es a través de programas de intervención conjunta que suelen tener lugar en la escuela. En este tipo de programas resulta necesario que los padres consideren al centro escolar como una fuente de ayuda que complementa la formación de sus hijos y no como algo que les sustituye.

Calafat y Amengual (1999) sugieren algunas condiciones básicas para la participación de los padres en las instituciones escolares, especialmente en programas de prevención e intervención:

—Es necesario informar a los padres de los proyectos de la escuela en relación con la prevención del consumo de alcohol, drogas y de la violencia e invitar a participar en la definición de objetivos.
—Los padres deben percibir que son significativos en estos proyectos y que se van a tener en cuenta sus puntos de vista.
—La escuela no debe dar la impresión de que puede arreglarlo todo, pero tampoco debe devolver toda la responsabilidad a los progenitores. La escuela debe tener en cuenta que a una gran proporción de padres les resulta difícil plantear determinadas cuestiones en casa (por ejemplo, sobre alcohol, drogas u otras cuestiones de salud y calidad de vida), pero que desde la escuela se puede proporcionar apoyo y ayuda.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Ribes (2002) destaca que la participación de los padres en la escuela es muy beneficiosa para los profesores, para el centro escolar y para la propia familia y plantea los siguientes beneficios fruto de la colaboración entre padres y profesores:

—Permite el establecimiento de criterios educativos comunes sin dar lecciones ni infravalorar a las familias.
—Posibilita ofrecer modelos de relación e intervención con los alumnos.
—Incrementa la divulgación de la función educativa de la escuela en los padres, de modo que aumente la comprensión, la aceptación y la valoración de la labor educativa con el objetivo de evitar confusiones de roles y competencias.

Permite enriquecer las escuelas con las aportaciones de las familias como recurso humano de apoyo y como posibilidad de reflexionar de manera conjunta y obtener una opinión complementaria a la profesional.

Eficacia diferencial de los programas de prevención escolar según el tipo de aplicador

Cuando se revisan los estudios que han modificado los parámetros de los programas variando el perfil de las personas que los aplican (expertos versus profesores), se observa que los resultados son contradictorios. Los estudios de meta-análisis y las revisiones sistematizadas, nuevamente no observan resultados concluyentes; así, Espada, Rosa y Méndez (2003) y Tobler *et al.* (2000) detectan mayores efectos con profesionales externos, sin embargo, autores como Fernández *et al.* (2002) obtienen mejores resultados con los profesores. En esta línea también se encuentra el estudio de evaluación del programa PPCDE de la comunidad gallega de Pazos *et al.* (2013), quienes encuentran tamaños del efecto mayores con el profesorado que con expertos externos, pero en ambos casos la intervención resulta más eficaz que la no intervención, es decir, según los datos obtenidos se concluye que el programa ha resultado efectivo, ya que se han obtenido mejores resultados en los grupos experimentales que en el grupo de no intervención, siendo mayor la eficacia cuando el programa era administrado por profesorado del propio centro. Por último, estudios como el de Gázquez *et al.* (2011) no han mostrado diferencias en función del aplicador.

En general, en los temas de salud, los programas aplicados por profesionales ajenos al centro escolar consiguen mejores resultados. Este

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

dato se puede explicar dada la mayor motivación y preparación específica de los profesionales externos, bastantes de ellos investigadores o profesionales comunitarios. Las intervenciones preventivas a veces se imponen a los docentes de plantilla desde la dirección del centro u otras instancias, constituyendo una sobrecarga de trabajo; la falta de cooperación por parte del profesorado no es exclusiva de la prevención del abuso de drogas (Espada *et al.,* 2002; Méndez y Gómez, 2001).

En conclusión, no existe una evidencia clara respecto al tipo de aplicador más apropiado, pero las características personales del aplicador son fundamentales; así, un buen comunicador debe: además de dominar el contenido del mensaje, cuidar la transmisión del mismo, ya que hay señales denominadas analógicas, como son los gestos, las expresiones corporales, la postura corporal, cadencia de la voz, rapidez en la expresión, etc., que debe tener en cuenta.

Todo profesional que implemente el programa debe dominar y ser un buen comunicador y debe tener en cuenta que *la dicción*: el ritmo, el tono, el volumen y la cadencia son esenciales; *los gestos*: los gestos deben ser controlados, hay que evitar gestos que denoten nerviosismo; *la postura* debe ser de escucha atenta y empática; *la mirada*: debe mirarse a los alumnos distribuyendo la mirada de forma uniforme entre toda el aula; *el discurso*: la primera premisa es la claridad, debe anunciarse previamente lo que se va a decir, las primeras frases son importantes (las ideas importantes deben ser resaltadas varias veces); *los silencios* permiten al oyente asimilar lo que se dice; *la afectividad*: debe siempre mostrarse respeto por el interlocutor, nunca ridiculizar ni despreciar; *el uso de medios audiovisuales*: son un complemento, nunca deben desplazar al lenguaje verbal, deben servir de apoyo a lo que se dice, no sustituirlo. Es importante evitar las expresiones verbales que impiden la buena comunicación: respuestas ásperas, excesivo perfeccionismo, murmuración, expresiones de burla, insistencia, monotonía, uso excesivo de tecnicismos, falta de claridad, hablar sin pausas, etc. (Torre, 2002).

Variables mediadoras

El determinante y clave del éxito de un programa de prevención es su capacidad para reducir de forma significativa la conducta de consumo de drogas en la adolescencia (Tobler *et al.*, 1999; White y Pitts, 1998). Sin embargo, el desarrollo de una actuación preventiva no se basa solamente en intentar reducir o eliminar el consumo de drogas, sino también, en influir en aquellas variables que median entre la expo-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

sición del programa preventivo y la medida del impacto del mismo (Baron y Kenny, 1986). Es decir, los programas de prevención actúan sobre las variables mediadoras, que a su vez afectan a las medidas del impacto (Soblel, 1990).

En líneas generales, se destaca que una de las variables mediadoras más importante es la *percepción normativa*, incluida en variables como la estimación normativa y la reacción de los amigos ante el consumo; la aceptabilidad social y la prevalencia real del consumo, es decir, se considera muy relevante reestructurar la sobrestimación del consumo de sustancias por parte de los compañeros de la misma edad, contrarrestando la evaluación subjetiva del adolescente con datos epidemiológicos objetivos (Botvin *et al.*, 1992; Wynn *et al.* 2000; Espada *et al.,* 2002).

Otros mediadores que han mostrado una relación con los efectos de los programas son *el compromiso de no consumir drogas* (Hansen y McNeal, 1997), la intención de no consumir (MacKinnon *et al.*, 1993) y el incremento de la *comunicación entre padres e hijos* (Komro *et al.*, 2001).

Diferenciación de género

Pese a los programas preventivos dirigidos a disminuir la demanda de droga en los adolescentes, actualmente se aprecia un aumento significativo del consumo de drogas legales en la población femenina. Por ello, se debe prestar una atención especial a la variable género para explicar la problemática de la droga creando nuevos modelos predictivos más adecuados y así mejorar la eficacia de los programas de intervención preventivos (escolar, laboral) y asistenciales (cese del consumo) (Delgado *et al.*, 2005).

En cuanto a las diferencias de género en los patrones de consumo en adolescentes, García y González (2002) señalan que las chicas, a diferencia de los chicos, fuman más para hacer amistades y establecer relaciones sociales, como forma de rebelarse contra los padres, escuela y otras autoridades y para perder peso. Como *motivos del consumo de alcohol en chicas*: escapar de los problemas, canalizar la frustración y el enfado, así como evitar estados emocionales negativos. Además, las chicas a diferencia de los chicos, pueden ser introducidas en este consumo por sus parejas sentimentales, las cuales suelen ser de mayor edad. Finalmente, los autores indicaron que el consumo de alcohol y tabaco entre las chicas se ve favorecido por una pobre comunicación familiar.

Las chicas adolescentes que beben alcohol en exceso presentan un mayor riesgo de sufrir algún daño cerebral a largo plazo, si se compara

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

con el riesgo de los varones de la misma edad que también se emborrachan. Squeglia *et al.* (2011) observaron que los niveles de actividad en varias regiones del cerebro de las adolescentes que beben en exceso eran inferiores a los normales entre los adolescentes. Estas diferencias en la actividad del cerebro se relacionaban con un peor rendimiento en medidas de atención y capacidad de memoria de trabajo. Aunque estos cambios en los niveles de actividad cerebral también se observaban en los adolescentes varones que beben en exceso, eran menos severos que los observados en las chicas. Muy probablemente, la razón esgrimida por estos autores es que el cerebro de las chicas es más vulnerable que el de los chicos y suele desarrollarse un par de años antes que el de ellos. Además, las chicas tienen un ritmo metabólico más lento, así como una mayor proporción de grasa corporal, con lo que el alcohol se procesa más lentamente. Finalmente estas diferencias también podrían deberse a diferencias hormonales.

No cabe duda de que en la sociedad española «con una prevalencia muy elevada desde la década de los 90, el aumento del alcoholismo femenino es la expresión multimodal de un modelo de ingesta "masculinizado", no solo en los tipos de bebidas alcohólicas iniciáticas, sino también en la precocidad del primer contacto conflictivo con las bebidas alcohólicas en niñas y adolescentes, y el consiguiente aumento de adolescentes mujeres bebedoras y con embriagueces» (Freixa, 2000).

El uso de las TIC

Se hace necesario revisar los formatos tradicionales de los mensajes preventivos y sus estilos comunicativos, al objeto de actualizarlos y adecuarlos a un discurso para el adolescente fuertemente vinculado a una estética visual caracterizada por el dinamismo y la interacción (García del Castillo y Segura, 2009).

El uso de las nuevas tecnologías de la comunicación (TIC) ha abierto un camino novedoso para la prevención en drogodependencias; los jóvenes y adolescentes son más receptivos en estos escenarios de aprendizaje por lo que es una nueva oportunidad, utilizar instrumentos educativos atractivos para prevenir las drogodependencias. Tampoco hay que obviar que en la red existen webs que no informan adecuadamente del uso de las drogas, incluso que fomentan su consumo, con lo cual una información no adecuada puede provocar un uso inadecuado.

García del Castillo y Segura (2009) realizan una revisión de las herramientas que ofrece la red y que podemos poner al servicio de la prevención, estas herramientas son las siguientes: Páginas Web, Espacios

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

web unidimensionales, Espacios web bidimensionales, Espacios Tridimensionales, Canales temáticos/Secciones, Foros de discusión/chat, Juegos interactivos/educativos, Weblogs, blogs o bitácoras, Enseñanza en Red/Teleformación, Webquests, etc.

Como establecen Lacoste *et al.* (1999) los programas de prevención con formato de páginas web aportan información, datos o pautas de actuación introduciendo las siguientes ventajas:

—La cantidad de información a transmitir es ilimitada, tanto en formato texto como con imágenes.
—El usuario puede tomar los datos que precisa en un momento determinado, seleccionando los que sean de su interés.
—Siempre está disponible: no hay días festivos, ni noches, ni vacaciones.
—Es un servicio que sitúa «al pie del interesado» en el ordenador de su casa, lo que exige un esfuerzo mínimo.
—Es un medio interactivo, siendo el destinatario final del mensaje también el coautor, pues puede colaborar activamente aportando y/o modificando los contenidos.
—Es el canal de comunicación que usan los jóvenes de hoy y será la forma de comunicación de las próximas generaciones.

Planteamientos complementarios a los programas escolares para prevenir los daños causados por el alcohol

Buena parte de la literatura científica (Babor *et al.*, 2003) nos indica las limitaciones de la educación escolar como instrumento preventivo. Hoy sabemos que la prevención educativa debe ser necesariamente complementada por medidas comunitarias de control de la oferta, sirviendo la educación escolar y familiar como base para facilitar la aceptación y sostenibilidad de las medidas de control de la oferta (Rodríguez-Martos, 2007).

Control normativo

Conviene prestar atención a las *estrategias de control normativo* que, aunque deben emplearse con prudencia, pueden ser muy útiles como instrumentos preventivos en el caso de las drogas legales, especialmente de tabaco y bebidas alcohólicas. Incluso algunos autores señalan que las medidas legislativas son las más eficientes, ya que pare-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cen bastante efectivas en relación a su bajo coste. Aunque en ningún caso deben plantearse aisladamente, la adopción de medidas en materia de política de precios o medidas legales que dificulten el acceso a las drogas o limiten su consumo puede ser un mecanismo adecuado para reducir el consumo de estas sustancias. En principio, las medidas legislativas, cuando se acompañan de otros componentes, especialmente de una intensa acción comunitaria, pueden ser realmente exitosas (Alonso, 2009).

Restricción de la publicidad

La buena imagen del alcohol y el acceso fácil a las bebidas alcohólicas a un precio asequible, así como el microclima social donde el joven se desarrolla, juegan un papel indudable en el consumo de alcohol. El alcohol está asociado por una gran parte de nuestros jóvenes a «la marcha», al ocio nocturno, al éxito social y sexual, al glamour y al estilo más rompedor, incluso al deporte. Beber alcohol es divertido. Los no bebedores son aburridos y menos populares. La imagen que se da de forma reiterada a través de la publicidad y de las series televisivas fomenta la intención de la conducta de beber, por lo que, incluso el joven que no es directamente presionado, siente que se espera de él que beba y, mayoritariamente, lo acaba haciendo (Rodríguez-Martos, 2007). El marketing del alcohol tiene la finalidad de que los ciudadanos, especialmente los más jóvenes, perciban su consumo como normal y lo asocien a un bienestar físico y social. La influencia de la promoción y la publicidad del alcohol en el consumo está bien documentada, especialmente en adolescentes y jóvenes, induciendo a iniciar el consumo en aquellos que no consumían o a aumentarlo en aquellos que ya consumían alcohol previamente (Rodríguez-Martos, 2007; Anderson *et al.*, 2009). Así, de todos es conocido que el contenido de dichos mensajes publicitarios reafirma los valores positivos del consumo (sociabilidad, liderazgo, alegría, estilo o aventura, entre otros), emplea a los jóvenes como grupo de referencia, y da a la música una importancia capital (gran paralelismo con los videoclips de sus artistas favoritos).

No obstante, somos optimistas con esta medida, ya que los datos derivados de la restricción de la publicidad del tabaco, y las estimaciones realizadas hasta el momento, así como la resistencia de la industria alcoholera a su implantación, sugieren que el efecto de la restricción sobre la reducción del consumo de alcohol sería potencialmente importante (De Bruijn *et al.*, 2012).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Hay que tener en cuenta que la industria del alcohol invierte un volumen de recursos muy importante en promoción, mientras que los esfuerzos realizados para la prevención apenas alcanzan una pequeña proporción de los realizados para fomentar el consumo. Y que, además, muchas de las mejores agencias de publicidad tienen contratos con las grandes empresas que controlan el mercado de bebidas (algo que también sucedía en el caso del tabaco hasta que se prohibió su publicidad) (Villalbí *et al.*, 2014). Mientras que las campañas de publicidad e información pública pueden ser de interés pero hay múltiples ejemplos de campañas erróneas con mensajes pobres e incluso contraproducentes.

Política fiscal y de precios

El informe de Babor *et al.* (2003) mostró sin lugar a dudas que las estrategias preventivas eficaces y rentables eran especialmente las que limitaban la disponibilidad y promoción de las bebidas alcohólicas y elevaban su precio. En España la carga impositiva sobre las bebidas alcohólicas está en la franja más baja de los países de nuestro entorno, con un amplio margen para reforzar la fiscalidad sobre el alcohol y reducir así su consumo. Esta es sin duda una prioridad para las políticas de prevención (Villalbi *et al.*, 2014). En general, el aumento del coste de un producto reduce su demanda. En el caso del alcohol, un aumento del precio de las bebidas alcohólicas resulta en un menor consumo y, en consecuencia, en menos daños a la salud (Wagenaar *et al.*, 2009, 2010).

Ordenación de la accesibilidad al alcohol

Las políticas que crean dificultades para obtener y comprar alcohol y que implican un mayor esfuerzo por parte de los sujetos para obtener alcohol tienden a reducir el consumo e, inversamente, cuando la accesibilidad es mayor, es más fácil consumir (Anderson *et al.*, 2009). La regulación de la accesibilidad física se basa en el establecimiento de controles y normas en los puntos de venta y distribución. La diferente disponibilidad de las bebidas alcohólicas según su concentración de alcohol y la existencia de restricciones en el acceso al alcohol en determinadas situaciones (especialmente para menores y jóvenes) (Babor y Caetano, 2005; Villalbi *et al.*, 2014) son unas medidas muy eficaces.

Las estrategias más efectivas en este sentido serían las que implican la existencia de responsabilidad legal por parte de los trabajadores y

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

propietarios de los establecimientos que sirven bebidas alcohólicas por las acciones de los clientes ebrios. Esta estrategia se aplica en Francia y algunos países nórdicos y anglosajones. También es relevante la prohibición del consumo en la vía pública, vigente en muchos países (Villalbí *et al.*, 2014).

Reducción de horarios

En esta línea destacan como medidas más efectivas la prohibición de la venta a menores de 18 años y la de vender alcohol en los comercios en horario nocturno, la prohibición de consumo en espacios públicos (que no sean terrazas o espacios delimitados de establecimientos), y la limitación de los horarios comerciales de establecimientos de alimentación en zonas céntricas de algunas ciudades (Álvarez *et al.*, 2008). De todas formas, aprobar una ley acerca de la edad mínima para poder beber alcohol tendrá escaso efecto, si dicha ley no viene respaldada por una amenaza creíble de perder la licencia, sanciones administrativas e incluso penales de gran calado, en caso de repetida venta a menores por parte de un establecimiento. Este tipo de estrategias son aún más eficaces cuando vienen respaldadas por programas de prevención comunitarios (Anderson y Baumberg, 2006).

En España, los horarios de los locales de ocio nocturno son muy amplios. Además, tradicionalmente, los comercios alimentarios han vendido bebidas alcohólicas sin precisar de una licencia especial y la liberalización de horarios comerciales en los últimos años ha resultado en un claro incremento de la disponibilidad de bebidas alcohólicas a coste relativamente bajo, algo especialmente visible en las grandes ciudades.

Bibliografía

Aguilar, M.C. (2002). *Educación familiar: una propuesta disciplinar y curricular*. Málaga: Aljibe.

Alonso, C. (2009). ¿Los docentes como mediadores preventivos? Comunicación presentada en el congreso «Hablemos de Drogas». Barcelona: Fundación La Caixa.

Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar.* Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Álvarez, J., Cabezas, C., Colom, J., Galán, I., Gual, A., Lizarbe, V. *et al.* (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Anderson, P., Chisholm, D. and Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmers to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373:2234-46.

Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol, 44*, 229-43.

Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea.* Institute of Alcohol Studies, Reino Unido. Extraído el 5 octubre 2014 http://www.msssi.gob.es/gl/alcoholJovenes/docs/alcoholEuropaEspanol.pdf

Ashby, T., Baker, E. and Botvin, G.J. (1989). Dimensions of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. J*ournal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*(4), 473-478.

Babor, T. and Caetano, R. (2005). Evidence-based alcohol policy inthe Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Rev. Panam. Salud Publica, 18,* 327-337.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. *et al.* (2003). *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford. Oxford University Press.

Bachman, J., O´Malley, P., Schulenberg, J., Johnston, L., Bryant, A. and Merline, A. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.

Baer, J., MacLean, M. and Marlatt, G. (1998). En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

Baron, R.M. and Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.

Bava, S. and Tapert, S. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev, 20*, 398-413.

Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica,* 2 ed. Barcelona: Martínez-Roca.

Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicologia, 1,* 119-137.

Becoña, E. (2007a). ¿Qué debemos saber para hacer una buena prevención de las drogodependencias? *Revista Peruana de Drogodependencias. Análisis e Investigación, 5*(1), 71-97.

Becoña, E. (2007b). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo, 28*(1), 11-20.

Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. y Oblitas, L. (2006). Promoción de estilos de vida saludables. En L.A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ed., pp. 83-109). México: Thomson.

Bell, R., Ellickson, P. and Harrison, E. (1993). Do drug prevention effects persist into high school? How Project Alert did with ninth graders. *Preventive Medicine, 22*, 463-483.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Bellis, M.A. y Hughes, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones, 15* (2), 289-309.

Benthin, A., Slovic, P. and Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of adolescence, 16*, 153-168.

Bohrn, K., Fabiani, L., Florek, E., Gabrhelik, R., Galanti, R., Kyriakidou, M., Sanchez, S., Terzopoulou, G., Vadrucci, S., Vassara, M. y Taglianti, V. (2008). *Prevención del Abuso de Sustancias entre el alumnado. Guía para implementar con éxito programas basados en el modelo de Influencia Social en centros escolares*. European Drug addiction prevencion trial y EDEX. www.eudap.net y en www.edex.es.

Botvin, G.J. (1999a). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En: Glantz, M.D. y Hartel, C.R. (eds.) *Drug abuse: Origins and interventions.* Washington D.C.: American Psychological Association.

Botvin, G.J. (1999b). Prevention in schools. En: Ammerman, R.T. y Ott, P. (eds.). *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse*. Mahwah, N. J., Lawrence Erlbaum Association.

Brown, J. and Kreft, L. (1998). Zero effects of drug prevention programs: issues and solutions. *Eval Rev*, 22, 3-14.

Buddy, T. (2003). Female drinking and brain damage. *Medical Review Board* http://alcoholism.about.com/cs/women.

Burkhart, G. and Crusellas, L. (2002). *Comparison of school-based prevention programmes in Europe: an analysis of the EDDRA (exchange on drug demand reduction action) database*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones, 21*(1), 9-14.

Calafat, A. (2000). *La formación de mediadores en la prevención escolar de las drogodependencias. Reflexiones en torno a la prevención de las mismas*. Diputación de Cádiz. http://www.dipucadiz.es.

Calafat, A., Cesáreo, F., Juan, M., Bellis, M., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). *Risk and Control in the Recreational Drug Culture. Sonar 01*. Palma de Mallorca: IREFREA.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas*. Utopía y realidad. Palma de Mallorca: IREFREA.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil Carmena, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2011). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., Van de Wijngaart, G., Sureda, P. *et al.* (1998) *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA and European Commision.

Calafat A. y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calvo, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Trastornos Adictivos, 5*(3), 256-268.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Carcelén, R., Senabre, I., Morales, J., Wenz, I. y Romero, F. (2009). La familia en la prevención de las drogodependencias: situación actual de los programas y nuevos retos. *Revista Española de Drogodependencias,* (34)3, 248-259.

Chiolero, A., Wietlisbach, V., Ruffieux, C., Paccaud, F. y Cornuz, J. (2006). Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. *Preventive Medicine, 42*(5), 348-353.

Coggans, N., Cheyne, B. y McKellar, S. (2003). *The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research*. Scotland University of Strathclyde, Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme.

Comisión Clínica (2006). *Cannabis. Informes de la comisión clínica*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Cuijpers, P. (2002), Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors, 27*, 1009-23.

De Bruijn, A., Van den Wildenberg, E. y Van den Broeck, A. (2012). *Commercial promotion of drinking in Europe. Key findings of independent monitoring of alcohol marketing in five European countries*. Utrecht: European Centre for Monitoring Alcohol Marketing.

Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C., Espada, J. Torregrosa, M. y García-Fernández, J. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas, 5*(2), 55-66.

Dijkstra, M., Mesters, I., De Vries, H., Van Breukelen, G. y Parcel, G.S. (1999). Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Education Research, 14*(6), 791-802.

Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S. and Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science 3*(3),191-202

Dishion, T., McCord, J. and Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54*, 755-764.

Durán, A., Larriba, J. and Suelves, J.M. (2002). Alcohol, coge tu punto: programa aplicado de reducción de riesgos entre estudiantes universitarios. *Trastornos Adictivos, 4*(1), 39-43.

Dusenbury, L. and Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *J Sch Health; 65*, 420-425.

Elder, J., Wildey, M., Sallis, J., Eckhardt, L., Edwards, C., Erickson, A., Golbeck, A., Hovel, M., Johnston, D. (1993). The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: classroom and telephone intervention. *American Journal of Public Health, 83*, 1239-44.

Ellickson, P.L. y Bell, R.M, (1990). Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. *Science, 247*, 1299-1305.

Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar con metodología interactiva. *Salud y Drogas, 3*(2), 61-82.

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

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Espada, J., Méndez, X., Botvin, G., Griffin, K., Orgiles, M. y Rosa, A. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología conductual, 10*(3), 581-602.

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

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA (2002). *Las drogas en el punto de mira. La prevención de las drogodependencias en los centros escolares* .www.emcdda.europa.eu/attachements/

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA (2006a) *Gender-specific approaches in responses to drug use. Prevention: universal and selective prevention for boys and girls. Annual Report.*

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA (2006b). *The state of the drugs problem in Europe*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drug use. (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No. CD003020.

Faílde, J. y Dapía, M. (2012). Las evidencias científicas en el ámbito del ocio y del tiempo libre. Programas eficaces. En: Isorna y Saavedra (comp.) *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide: 367-375.

Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública, 76*(3), 175-187.

Fisher D. (1998) *Environmental strategies for substance abuse prevention: Analysis of the effectiveness of policies to reduce alcohol, tobacco, and illicit drug problems*. www.emcdda.europa.eu/.

Flay, B. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors, 25*(6), 861-885.

Flay, B., Keopke, D., Thomson, S.J., Santi, S., Best, J.A. y Brown, K.S. (1989). Long-term follow-up of the first Waterloo smoking prevention trial. *American Journal of Public Health*, 79, 1371-76.

Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M. and Strang, J. (1999). Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 61-69.

Freixa, F. (2000). Mujer y Alcohol. *En Alcoholismo: veinte años rehabilitando*. Centro de Alcohólicos Rehabilitados San Jorge de Cocentaina. Alicante.

Gallego, E., Van der Hofstadt, C., Estévez, C., López, C. García del Castillo, A. (2001). Representación social de la droga: posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico. *Salud y drogas 1*(2), 275-286.

García Averaturi, L. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psioactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de*

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

la materia. Ed. Colegio oficial de psicólogos de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria.
García del Castillo, J. y Segura Díez, M. (2009). Prevención de drogas on-line: análisis y propuestas de actuación. En Del Pozo, Pérez y Ferreras. *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Gobierno de la Rioja.
García, L. y González, M.T. (2002). *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
Gázquez, M., García del Castillo, J. y Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas, 9*(2), 185-208.
Gázquez, M.; García, J. y Espada, J. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. *Psicothema, 23*(4): 537-543.
Gómez-Fraguela, J. Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema, 20*(2),211-217.
González, A.; Fernández, J. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Gijón. 13-55.
Gorman, D. (1996). Do school-based social skills training programmes prevent alcohol use among young people? *Addiction Research 4*(2), 191-210.
Gorman, D. (1998). The irrelevance of evidence in the developement of school-based drug prevention policy, 1986-1996. *Eval Rev., 22*, 118-146.
Gottfredson, D.C. y Wilson, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Preventive. *Science, 4*(1), 27-38.
Graham, J., Rohrbach, L., Hansen, W., Flay, B. and Johnson, C. (1989). Convergent and discriminant validity for assessment of skill in resisting a role play alcohol offer. *Behavioral Assessment, 11*, 353-379.
Hansen, W. and McNeal, R. (1997). How DARE works: an examination of program effects on mediating variables. *Health Education and Behavior, 24*, 165–176.
Isorna, M. (2012). Prevención efectiva de las drogodependencias en la escuela. En: Isorna y Saavedra (Eds). *Prevención de las Drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide.
Isorna, M. (2013). Contribuciones de la evidencia científica para la mejora de la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. *Revista Española de Drogodependencias, 38* (2), 117-138.
Isorna, M., Navia, C. y Felpeto, M. (2013). La transición de la educación primaria a la educación secundaria: sugerencias para padres. *Innovación Educativa*, 23, 161-177.
Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachean, J.G. and Schulenberg, J.E. (2004). *Monitoring the Future National results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2003*. National Institute on Drug Abuse.
Kandel, D.B. (1978). *Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues*. Hemisphere. Washington.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. J*ournal American Academic Clinique Psychiatry, 21*(4), 328-347.

Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathway of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.

Komro, K., Perry, C., Williams, C., Stigler, M., Farbakhsh, K. y Veblen-Mortenson, S. (2001). How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health Education Research,16*, 59-70.

Lacoste, J.A., Megías, E., Tascón, C. y García-Camba, E. (1999). La atención-prevención en drogodependencias a través de Internet. Beneficios y prejuicios. *Encuentros nacionales en Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. CPD de Cádiz.

Lalongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. and Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9*, 146-160.

Ley Organica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. https://www.boe.es/boe/dias/1990/10/04/pdfs/A28927-28942.pdf

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. http://boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf

Maciá, D. (2005). Las drogas, conocer y educar para prevenir. Madrid: Pirámide.

MacKinnon, D.P., Johnson, C.A., Pentz, M.A., Dwyer, J.H., Hansen, W.B., Flay, B.R. and Wang, E.Y.I. (1993). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: first year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology, 10*, 164-172.

McBride, N., Farringdon, F., Midford, R. and Phillips, M. (2001). *SHAHRP final report to the Western Australian Health Promotion Foundation*. National Drug Research Institute: Perth, Western Australia.

Miovsky, M., Novak, P., Stastna, L., Rabrhelik, R., Jurystova, L. and Vopravil, J. (2012). The effect of the school-based unplugged preventive intervention on tobacco use in the Czech Republic. *Adicciones, 24*(3);211-218.

Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C. y Rodríguez, F. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial, 14* (2), 189-208.

Naimi, T., Lipscomb, L., Brewer, R. y Gilbert, B. (2003). Binge Drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: Implications for women and their children. *Pediatrics, 11*, 1136-1141.

National Institute for Drug Abuse (NIDA) (2011). *Preventing drug use among children and adolescents*. www.drugabuse.gov/pdf/prevention.

NIDA (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción.* Departamento de Sa-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

lud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Hallado el 17 sept. 2014 en http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf

Notó, F. y Rubio, M.D. (2002). La relación de los centros de secundaria con las familias. *Aula de Innovación Educativa, 108*, pp. 34-37.

Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (2011). *Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(1) 153-169.

Paglia, A. y Room, R. (1998). Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations. Research Document No. 142 Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.

Parker, H., Aldridge, J. and Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: the normalisation of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.

Pazos, E., Failde, J., Dapía, M., Isorna, M. y Alonso, A. (2013). Evaluación de la eficacia del Programa de Prevención de Drogas PPCDE: «A experiencia de educar para a saúde na escola». *AGIR-Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas, 1*(4), 110-131.

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B.Z., Zeith, S., Judd, L. *et al.* (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA, 264*, 2511-2518.

Ribes, C. (2002). Dos contextos educativos: familias y profesionales. *Aula de Innovación Educativa, 108,* 24-28.

Rodríguez-Martos, A. (2007). ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones, 19*(4), 325-332.

Ruiz-Juan, F., Isorna, M., Ruiz-Risueño, J. y Vaquero-Cristóbal, R. (2014). Consumo e ingesta de alcohol en españoles mayores de 16 años y su relación con la actividad físico-deportiva, la familia y el consumo de tabaco. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 9*(2), 339-372.

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

Salvador, T., Suelves, J. y Puigdollers, E. (2008). *Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sarasa, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, M. y Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública, 88*, 469-491.

Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education 29*(3), 251-278.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Shepard J. y Carlson (2003). An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents. *Psychology in the Schools, 40*(6), 100-115.

Shin, H. (2001). Review of school-based drug-prevention program evaluation in the 1990s. *American Journal of Health Education 32*(3), 139–147.

Shope, J., Elliott, M., Raghunathan, T. and Waller, P. (2001). Long term follow-up of a high school Alcohol Misuse Prevention Programme's effect on students subsequent driving. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research 25*(3), 403-410.

Skara, S. and Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine, 37*, 451-474.

Sloboda, Z. (2008). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. In: *A cannabis reader: global issues and local experiences.* Chapter 12.

Soler, F., Ferrando, P. y Albiñana, A. (2004). No es solo decir «NO». Ensayando la toma de decisiones en la adolescencia: una propuesta de prevención de drogodependencias en la escuela. *Revista española de drogodependencias, 29*(1-2), 37-52.

Soole, D., Mazerolle, L. and Romboutse, S. (2008). School-based drug prevention programs: a review of what works Australian and New Zealand. *Journal of Criminology*, August.

Squeglia, L.M., Schweinsburg, A.D., Pulido, C. and Tapert, S.F. (2011), Adolescent Binge Drinking Linked to Abnormal Spatial Working Memory Brain Activation: Differential Gender Effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35*, 1831–1841.

Stothard, B. y Ashton, M., (2000). Education's uncertain savior. *Drug and Alcohol Findings, 3*(4-7), 16-20.

Tapert, S. y Schweinsburg, A. (2005). The human adolescent brain and alcohol use disorders. En: *Recent developments in alcoholism*, vol. 17. Behavioral Science.

Tejero, A., Pérez de los Cobos, J., Bosch, R. y Siñol, N. (2003). Adicciones, lóbulo frontal y funciones ejecutivas: un análisis neuropsicológico del autocontrol en las Adicciones. *Conductas adictivas, 3*(1), 43-44.

Thomas, R. (2003). School-based programmes for preventing smoking. (Cochrane review) in *The Cochrane library*, Issue 4, John Wiley y Sons Ltd, Chichester, UK.

Tobler, N.S. (1992). *Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Final Report*. Rockville, Md: National Institute of Drug Abuse.

Tobler, N.S. y Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug preventioni programs: a meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention,18*(1), 71-128.

Tobler, N., Lessard, T., Marshall, D., Ochshorn, P. y Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programmes for marijuana use. *School Psychology International, 20(*1), 105-137.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D., Streke, A. and Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*(4), 275–336.

Torre, E. (2002). La comunicación Educativa. *Retos, 3,* 37-43.

Trujillo, A.M., Santacana, M.F., Pérez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones, 19*(2), 179-190.

Varela, J., Rascado, S. M., Isorna, M. y Rial, A. (2013). El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes. *Health and Addictions, 13*(1), 67-78.

Vega, A. (2005). La tutoría ante el consumo problemático de drogas. En Alonso, Bermejo *et al. La orientación escolar en los centros educativo*s (pp. 139-181). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Villalbí, J., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, M. y Brugal, M.T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública, 88*(4), 515-528.

Wagenaar, A., Salois, M. and Komro, K. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction, 104*, 179-190.

Wagenaar, A., Tobler, A. y Komro, K. (2010). Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am. J. Public Health, 100*, 2270–78.

White, D. and Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction 93*, 1475-1487.

World Health Organization (WHO) (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf.

World Health Organization (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Hallado en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1

Wynn, S., Schulenberg, J., Maggs, J. and Zucker, R. (2000). Preventing alcohol misuse: the impact of refusal skills and norms. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*, 36-47.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 9

Hackeando la prevención de las drogodependencias: del foco en las sustancias al desarrollo personal

J.C. Melero

1. **Presentación**

1.1. *El miedo va de sustancias*

Si Ulrich Beck escribiera de nuevo *La sociedad del riesgo* (Beck, 2002), bien podría rebautizarlo *La sociedad del miedo*. Imposible componer un mosaico de los acontecimientos que cada año ocurren en los más diversos rincones del planeta sin verlos teñidos de una capa gruesa de temores. La inquietud que se vive en España en el momento de redactar estas páginas (octubre de 2014) como consecuencia del virus del Ébola o los temores que genera la inmigración a Europa de personas procedentes de África, son dos buenos exponentes de esta situación. Una reacción social impregnada de emociones negativas que encaja a la perfección con el concepto de «miedo líquido» acuñado por Bauman (2006). Una especie de temor flotante que se va depositando sucesivamente sobre diversos objetos sociales dando lugar a reacciones personales y colectivas que cabe definir como «pánicos morales»; reacciones emocionalmente intensas que, con frecuencia, no se corresponden con la realidad del objeto que las provoca, sino con una elaboración subjetiva del mismo plagada de sesgos imaginarios. Como escribe

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Bauman, «son muchos más los golpes que siguen anunciándose como inminentes que los que llegan finalmente a golpear, por lo que siempre esperamos que el que se anuncia en ese momento nos pase de largo» (Bauman, 2006). Una reflexión que puede ponerse en relación con esta otra frase de Beck cuando señala que «el encantamiento de la invisibilidad del riesgo puede romperse también a través de la experiencia personal» (Beck, 2002). Miedos y riesgos explotados a veces con pretensiones moralistas que no contribuyen a mejorar el bienestar humano, sino que nos sitúan incómodamente en el terreno movedizo de la amenaza vital.

Algo de este tipo ocurre a menudo con las drogas. Dependiendo de las fuentes a las que una persona acuda para documentarse, puede considerar que en la actualidad los consumos de drogas no conllevan ningún tipo de riesgo socio-sanitario o, por el contrario, sentir que nos encontramos en presencia de un grave problema del que nuestra sociedad e instituciones se desentienden. El miedo ante las drogas y sus riesgos (diversos en función de un sinfín de variables orgánicas, psicosociales, etc., y necesitados de indudable matización) no es una reacción que favorezca el empoderamiento preventivo. La persona que desarrolla hacia las drogas (ilegales o, como la que convoca este *symposium*, legales) temores irracionales, derivados del tratamiento tremendista que con frecuencia recibe este asunto en los medios de comunicación, difícilmente desarrollará competencias, hábitos y estilos de vida, «activos de salud» (Hernán, M. *et al.*, 2013) en definitiva, que le ayuden a socializarse con madurez en un mundo en el que en el pasado, en el presente y, con toda probabilidad, en el futuro, las drogas van a estar presentes. Inocular miedo, además de una actitud escasamente científica y cuestionable desde una perspectiva ética, dificulta el empoderamiento personal y ciudadano ante la presencia de drogas en los diversos escenarios sociales.

1.2. *La prevención va de personas*

Cuando desde nuestra experiencia y de acuerdo con el modelo conceptual que inspira nuestro trabajo, hablamos de prevención, aludimos especialmente a favorecer procesos y dinámicas comunitarios, familiares, educativos, etc., que contribuyan al desarrollo de habilidades susceptibles de permitir la adopción de decisiones saludables y autónomas ante las ofertas de drogas, sustrayéndose a las influencias de diversa índole para su consumo. Es el paradigma conocido como «modelo de influencia social» (Claire, 2013), que se materializa en el desarrollo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de programas de educación en habilidades para la vida que han mostrado su efectividad para reducir consumos de drogas cuando han sido evaluados de acuerdo con metodologías rigurosas. Este modelo de educación en habilidades para la vida como estrategia para compensar proactivamente las influencias sociales hacia el consumo de drogas fue propuesto en 1993 por la Organización Mundial para la Salud (WHO 1993). Su iniciativa internacional, planteada como base para abordar positivamente diversos riesgos para la salud, ha ido evolucionando y, con diversos desarrollos y formatos, ha servido de base a la implementación de programas preventivos que han mostrado resultados positivos en las evaluaciones realizadas (Rompani, P.; Edegger, L., *2014)*.

Como iremos relatando a lo largo de las páginas que siguen, el modelo de educación en habilidades para la vida (Mantilla, L., Chahín, I.V., 2006) es la base de todos los programas de educación para la salud, prevención de drogodependencias y otros asuntos sociales y sanitarios, que dinamizamos desde hace dos décadas y media. Un modelo que, frente al miedo y otras emociones paralizantes, pretende el empoderamiento personal y ciudadano ante los diversos fenómenos sociales susceptibles de favorecer situaciones de riesgo (el abuso de alcohol y/o de otras drogas, u otro tipo de situaciones). De acuerdo con este modelo, entendemos la prevención como la integración coordinada de actuaciones (sociales, culturales, educativas, etc.) tendentes a favorecer procesos de desarrollo personal que permitan que la presencia de las drogas pueda ser manejada con inteligencia (para saber qué es más saludable en cada momento), sentido crítico (para sustraerse a las influencias sociales y grupales hacia el consumo, así como a estereotipos irracionales de diversa índole) y responsabilidad (para actuar respetando los derechos de las demás personas). En definitiva, frente a la irracionalidad del miedo, la prevención tiene más que ver con el desarrollo de personas competentes, proactivas, resilientes, que manejan habilidades efectivas para desactivar situaciones de riesgo.

Sin embargo, a pesar de un conocimiento cada vez mayor acerca de los modelos de prevención sobre los que existe una razonable evidencia, y la conformación de redes de investigación que pretenden fomentar estos desarrollos (ESPR-European Society for Prevention Research, SPAN-Science for Prevention Academic Network, SPR-Society for Prevention Research, European Drug Prevention Quality Standards), buena parte de las propuestas preventivas dinamizadas en los últimos tiempos no obedecen, necesariamente, a criterios científicos. Por el contrario, se desarrollan y, en ocasiones, se generalizan siguiendo consideraciones que deben más a las modas y otras rutinas que a la evidencia científica. Para reflexionar sobre las políticas públicas y el perfil

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

de los programas dinamizados hasta la fecha, dos entidades con una dilatada trayectoria en la materia, el Ayuntamiento de Portugalete y EDEX, decidimos organizar una serie de encuentros orientados a repensar críticamente los desarrollos experimentados por la prevención en los últimos años, a partir de algunas cuestiones como las siguientes:

—¿Las políticas públicas de drogas y los programas en los que se materializan responden a la evidencia científica existente en la actualidad? ¿O los avances científicos van en una dirección y las políticas desarrolladas por otro, no necesariamente coincidente?
—¿El compromiso público con la prevención (municipal, autonómico, estatal, europeo…) responde al saber científico o a consideraciones de otra naturaleza?
—¿Después de más de dos décadas de trabajo en prevención, estamos en condiciones de establecer un adecuado consenso en torno al desarrollo de buenas prácticas?
—¿Las propuestas impulsadas —y las rechazadas— lo son como consecuencia de la evidencia científica existente u obedecen a criterios ajenos al saber actual en la materia?
—¿Se cuenta con una práctica evaluativa consolidada que permita determinar qué funciona y qué no en el campo de la prevención, más allá de rutinas —«siempre se ha hecho así»—, inercias —«no es posible cambiar»— o modas —«me he aburrido de lo de siempre, así que voy a cambiar»—?

Estas eran algunas de las preguntas a las que pretendía responder la iniciativa «Hackeando la prevención de las drogodependencias», fundada en 2012, que presentamos en este texto.

1.3. *Hackeando la prevención de las drogodependencias*

Con el propósito de reflexionar de manera participativa en torno a las cuestiones señaladas, las mencionadas entidades acordamos en 2012 dinamizar una serie de encuentros a los que denominamos genéricamente «Hackeando la prevención de las drogodependencias». Encuentros que respondieron en su origen al siguiente subtítulo: «Explorando claves para tiempos de incertidumbre». Con esta terminología pretendíamos poner de manifiesto lo que ya entonces nos parecía una línea de reflexión prometedora: antes y ahora, se vienen desarrollando un sinfín de actuaciones por parte de los más diversos agentes sociales sin disponer necesariamente de la suficiente evidencia científica. Ya fuera por modas, inercias o alguna suerte de contagio simbólico, en

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ocasiones se tienden a reproducir esquemas que, si en otros tiempos ya hubieran tenido escasa justificación, la tienen aún menos en estos tiempos de abultados recortes en temas como el que nos ocupa.

Si observamos el lenguaje utilizado en la puesta en marcha en diciembre de 2012 de este proceso de reflexión colaborativa, captaremos fácilmente el sentido de esta iniciativa:

—*Menores y alcohol*: porque, puestos a reflexionar críticamente sobre las actuaciones desarrolladas ante los consumos de drogas, las relaciones adolescentes con el alcohol parecen un punto de partida que se ha visto a menudo desatendido.

—*Tiempos de incertidumbre*: porque la transformación social a la que estamos asistiendo como consecuencia de una recesión económica cuyo final y consecuencias a medio plazo nadie juicioso se atreve a pronosticar, no puede quedar al margen de una reflexión cuyo propósito es inspirar posibles futuros en el campo que nos ocupa.

—*Hackeando la prevención*: porque partíamos del convencimiento de que en las últimas décadas se han impulsado políticas y programas que, por su capacidad para generar resultados positivos, conviene mantener e incluso reforzar. Pero también sospechamos que ha habido un buen número de actuaciones sin más base que la buena voluntad de sus promotores y sin evidencia que las respaldara.

Por todo ello pretendíamos que «Hackeando» sirviera para estimular un debate del que pudieran extraerse unas conclusiones básicas acerca de la dirección a seguir para actuar con acierto ante el fenómeno que nos ocupa. Dando así lugar a respuestas que, en este momento, apenas podemos intuir. En este sentido, no cabe la menor duda de que también la prevención en esta materia se beneficiará de un compromiso claro con la innovación social. Un compromiso cuyas principales señas de identidad han de incluir, a nuestro entender, los siguientes aspectos:

—*Centrado en los consumos adolescentes de drogas*: no por considerar que los consumos por parte de otros colectivos sean desdeñables (nada más lejos de la realidad), sino por tratarse de una población, la adolescencia, en un momento evolutivo crítico que puede verse beneficiado o, por el contrario, condicionado, por el desarrollo de unas u otras apuestas preventivas. En este sentido, es enorme la distancia conceptual y práctica existente entre entender la prevención como estrategia orientada a advertir de riesgos o entenderla como acompañamiento de procesos educativos susceptibles de facilitar procesos de bienestar.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—*Una mirada crítica de las políticas desarrolladas*: en las últimas décadas se han desarrollado actuaciones de la más diversa índole. Bienintencionadas, ingenuas, rigurosas, orientadas a un deseo compartido (reducir los problemas asociados a las relaciones con las drogas), aunque a veces sin más evidencia que la voluntad de quienes las promueven. Realizar una auditoría técnica que permitiera separar en este campo «el grano de la paja», parece a estos efectos una recomendación muy razonable.
—*Descartar actuaciones probadamente ineficaces*: este proceso de revisión técnica nos permitiría identificar aquellas propuestas incapaces de mostrar resultados positivos. Iniciativas que, por lo tanto, en el mejor de los casos podrían ser consideradas como intervenciones placebo, y que se siguen manteniendo en la práctica, a pesar de costes públicos nada despreciables, más por costumbre o pereza que por rigor profesional.
—*Identificar estrategias por las que apostar*: por el contrario, también nos encontramos con actuaciones que, cuando han sido sometidas a procesos rigurosos de evaluación, han mostrado cierta capacidad para conseguir resultados positivos en relación con algunas variables significativas. Sin que por ello, instituciones supuestamente deseosas de promover aquello que funciona, se hayan sentido en la necesidad de apoyarlas. En este sentido, llama la atención que se lancen mensajes plagados de términos como «evidencia», «buena práctica», evaluación», etc., sin que luego estos criterios sean siempre y necesariamente los que determinan las opciones por las que una determinada institución apuesta.
—*Un enfoque participativo*: a partir de la certeza de que lo que podríamos denominar «la verdad técnica» no responde a perspectivas unívocas, sino que es más bien resultado de la integración de visiones diferentes que, a partir de sus particulares experiencias, formulan propuestas legitimadas por prácticas rigurosas (buenas prácticas, adecuadamente evaluadas). Una iniciativa orientada a propiciar procesos de colaboración entre diferentes perspectivas de los que pudiera derivar una visión más compleja y acertada del fenómeno en revisión.
—*Una mirada transdisciplinar*: conscientes de que los consumos de drogas en general, y de alcohol en particular, no tienen una explicación simple, unilateral, que quepa reconocer a partir de un muestrario sencillo de factores de riesgo y de protección, sino que responde a un amplio y dinámico conjunto de variables en interacción, que solo desde la luz ofrecida por las diversas disci-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

plinas (sociología, filosofía, historia, psicología, pedagogía, intervención social…) y prácticas sociales cabe iluminar.

2. **Del foco en las sustancias al acento en las personas**

En sus dos primeras ediciones, la iniciativa «Hackeando la prevención de las drogodependencias» tuvo su principal motivación en dos de las sustancias de mayor consumo adolescente: alcohol y cannabis. Veamos en un pequeño recorrido lo que ambos encuentros dieron de sí, destacando lo más sustancial del proceso.

2.1. *Menores y alcohol: propuesta de trabajo en 2012*

El abuso de alcohol ha sido tradicionalmente uno de nuestros principales problemas de salud pública en relación con las drogas y, a la vez, uno de los más desatendidos. Si nos centramos en los consumos de alcohol durante la adolescencia, y observamos las políticas desarrolladas habitualmente, no es difícil echar en falta un *abordaje global, coherente, continuado y sistemático* de estos consumos, que permita *intervenir con eficacia de acuerdo con el saber acumulado.* Un abordaje en línea con las propuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) en su «Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol», así como en su «European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020» (WHO 2012).

Ante esta situación de infra-intervención en este campo, algunos interrogantes que nos planteamos en el primer encuentro-debate que, con el *leitmotiv* «Menores y alcohol» sirvió para inaugurar la iniciativa «Hackeando», fueron los siguientes:

- —¿Tiene nuestra sociedad problemas con los consumos adolescentes de alcohol?
- —Si es así, ¿de qué naturaleza son?
- —¿Estamos actuando ante ellos del modo adecuado y efectivo?
- —¿Existe una política pública sólida en este ámbito?
- —¿Qué intervenciones de las realizadas hasta la fecha es preciso mantener?
- —¿Cuáles, por el contrario, es necesario abandonar?

Para tratar de responder de manera colaborativa a estas preguntas y obtener algunas conclusiones que contribuyeran a perfilar las políticas a desarrollar en el futuro, así como los programas en los que

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

dichas políticas se materializaran, convocamos este primer encuentro-debate. Para ello optamos por una metodología participativa: invitamos expresamente a 45 personas de diversos ámbitos de la intervención educativa, social y sanitaria que, distribuidos en grupos, debatieron a partir de diez ponencias breves (10 minutos) centradas en diversas aristas del fenómeno. Estas ponencias se enmarcaban en dos grandes bloques:

—Bloque I: Los consumos adolescentes de alcohol.

- *¿Cuál es el significado de estos consumos?* Domingo Comas (Fundación Atenea).
- *¿Qué impacto sociosanitario tienen?* Maristela Monteiro (OPS-OMS).
- *¿Cuál es su impacto psicosocial?* Maite Cortés (Universidad de Valencia).
- *¿Cómo valorarlos desde una óptica de derechos?* Jaume Funes (Psicólogo).

—Bloque II: ¿Estamos dando las respuestas adecuadas?

- *¿Qué políticas públicas deben enmarcar la intervención en este campo?* Javier Gallego (Departamento de Salud del Gobierno de Aragón).
- *¿Qué evidencia existe sobre lo que funciona en prevención?* Fernando Martínez (Comisionado Regional para las Drogas de Castilla y León).
- *¿Cómo comprometer a la escuela con la prevención?* Juan Antonio Tejero (Departamento de Educación del Gobierno Vasco).
- *¿Cómo pueden actuar las familias?* Ioseba Iraurgi (Investigador de la Universidad de Deusto).
- *¿Son efectivas las intervenciones en contextos recreativos?* Mariangels Duch (Irefrea).

Durante todo el encuentro, una persona, el consultor social Asier Gallastegi, asumió el papel de relator, con el propósito de finalizar el encuentro con la presentación de un borrador de las conclusiones generales del debate que sirviera de base para la elaboración del informe final (EDEX, 2013).

Esta primera edición de «Hackeando» tuvo lugar el 18 de diciembre de 2012 en el municipio vizcaíno de Portugalete. Distribuidas en seis mesas de debate, las 45 personas participantes fueron invitadas a reflexionar sobre los contenidos señalados, con la mirada puesta en el

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

análisis crítico de las políticas desarrolladas hasta la fecha y en la identificación de las bases que hicieran posible construir una política futura adaptada a las necesidades y los conocimientos de los tiempos actuales. En las seis mesas de debate mencionadas se integraron seis relatores, con el encargo expreso de registrar aquellos contenidos más relevantes a que en cada una de ellas dieran lugar los debates propuestos. Sus relatos serían la base de un documento de conclusiones con el que finalizar este proceso.

Propuestas para la reflexión

Las conclusiones del debate, que presentamos a modo de decálogo, buscan complementar una mirada más clásica y habitual al fenómeno. Se trata, como es lógico, de un decálogo incompleto e imperfecto, abierto a matices y aportaciones.

1. *Acercarnos a la realidad en toda su complejidad*
   Frente a la tentación de buscar recetas para entender los consumos adolescentes de alcohol, el abordaje real, necesariamente circular y multifactorial, nos devuelve a la complejidad.

2. *Fomentar la investigación aplicada*
   La investigación se ha centrado en aspectos cuantitativos, pero desconocemos en buena medida elementos tan relevantes para la intervención como las motivaciones que llevan a consumir alcohol durante la adolescencia o las expectativas depositadas sobre sus consumos.

3. *Apostar por la innovación social*
   Invertir en innovación para explorar formas diferentes de actuar y superar las rutinas que llevan a consolidar actuaciones de manera acrítica, a pesar de desconocer su eficacia. Necesitamos experimentar, pensar mientras probamos nuevos formatos, introducir dinámicas de prototipado que nos ayuden a diseñar nuevas formas de intervenir, a partir de la experiencia compartida.

4. *Profundizar en el compromiso con la calidad*
   Asegurar la calidad de todas nuestras actuaciones en los distintos momentos del proceso que las define. Para ello, será preciso identificar aquellos criterios de calidad a tener en cuenta a la hora de diseñar proyectos, aplicarlos, monitorizarlos, evaluarlos, aprender de la experiencia y, tras la correspondiente reformulación, replicarlos en cuantos contextos sea posible.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

5. *Acordar el propósito de la prevención*
   Recuperar la necesidad de conectar con la dimensión más personal, la de la construcción de la identidad. Este componente no ha variado tanto. Por utilizar la imagen del *iceberg*, lo que cambia es sobre todo el vértice, pero bajo el agua permanece lo esencial: la atención, la escucha de necesidades, el contacto, sostener, contener…

6. *Impulsar una prevención invisible*
   Recuperemos el abordaje más inespecífico de este fenómeno y las dinámicas que lo explican. Los consumos de alcohol solo son una parte de lo que nos debe ocupar cuando trabajamos con adolescentes. Buscamos incidir en sus vidas para contribuir al desarrollo de personas felices, conectadas con sus pasiones.

7. *Superar la fantasía de las recetas estándar*
   A menudo hacemos propuestas excesivamente generalistas para responder a realidades y necesidades muy diferentes entre sí. Para abordar el futuro en condiciones adecuadas convendría definir algunas líneas rojas que acotarán nuestras intervenciones en este ámbito. Seguramente esto nos permitiría centrar las energías en aquellos elementos en que resulte prioritario (o más efectivo) hacerlo.

8. *Activar a la comunidad como espacio y agente de cambio*
   Las comunidades son contextos complejos en los que a veces es difícil saber a quién le toca hacer qué. Tenemos que pensar en profesionales en red y conectados con sus tareas. Partiendo de la evidencia de que adolescentes y jóvenes son parte de esta ciudadanía que busca dar respuestas en colaboración.

9. *Acompañar procesos educativos centrados en las personas*
   Para actuar de una manera eficaz y sin desbordar a la escuela con un sinfín de programas específicos de diversa naturaleza y procedencia, es necesario centrarse en las personas para contribuir al desarrollo de aquellas habilidades para la vida que favorezcan su desarrollo autónomo. De este modo, la prevención contribuirá a reforzar los propósitos educativos.

10. *Fortalecer la relevancia de la familia*
    Las familias juegan un papel educativo clave. Sin embargo, en muchas ocasiones se sienten atrapadas por la complejidad actual de una responsabilidad educativa para la que se sien-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ten poco preparados. Para superar esta situación es preciso mejorar las competencias parentales necesarias para educar en el siglo XXI.

2.2. *Menores y cannabis: propuesta de trabajo en 2013*

Esta segunda edición de «Hackeando» tuvo lugar el 13 de diciembre en Portugalete. Un encuentro con el que pretendíamos dar continuidad al proceso iniciado en diciembre de 2012. En esta ocasión participamos 40 profesionales procedentes, al igual que en la convocatoria de 2012, de los más diversos ámbitos de la intervención con adolescentes (salud pública, educación, prevención de drogodependencias, dinamización juvenil, mediación comunitaria, etc.), tanto de administraciones públicas de diverso nivel como de entidades del tercer sector de acción social. Distribuidas en cinco mesas de debate, las personas participantes fueron invitadas a reflexionar acerca de las diversas aristas del fenómeno conformado por el binomio «Menores-Cannabis», utilizando como guía una batería de preguntas propuestas por la organización. Todo ello, con la intención de realizar un análisis crítico de las políticas desarrolladas hasta ahora, así como de identificar las claves que permitirían construir una política pública en la materia adaptada a las necesidades (y posibilidades) de los tiempos actuales.

Los derivados del cannabis son las drogas ilícitas más consumidas por adolescentes, jóvenes y población adulta de nuestra comunidad. A pesar de la creciente «normalización» de su consumo, sus implicaciones de diversa naturaleza adolecen de una considerable confusión. En este encuentro nos propusimos hablar, sobre todo, de las personas, con el pretexto de sus relaciones con el cannabis. De unas personas concretas, chicas y chicos en edad adolescente, que se acercan al consumo de esta sustancia llevados por el entusiasmo de la adolescencia, el sugerente sabor de lo prohibido y la omnipresencia social del cannabis. Si ponemos el foco en los consumos adolescentes y en las políticas desarrolladas para su prevención, parece conveniente formularse algunas preguntas:

- ¿Tiene nuestra sociedad problemas con los consumos adolescentes de cannabis?
- Si es así, ¿cuál es su naturaleza y alcance?
- ¿Es inevitable pasar por el consumo de porros para pintar algo?
- ¿Estamos actuando en prevención del modo adecuado?
- ¿Qué nos enseña la experiencia?
- ¿Cómo, cuándo, dónde y quién debería intervenir?

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Para alimentar el debate comenzamos con la presentación de cuatro ponencias breves (20 minutos):

—«*Fumando esperan. Quién consume, cuánto, cómo, por qué y otras preguntas incomodas*». Teresa Laespada. Directora del Instituto Deusto de Drogodependencias.
—«*El papel de los porros: el lugar del cannabis en la socialización adolescente*». David Pere Martínez Oró. Fundación Igenus.
—«*Riesgos del consumo: ¿qué dice la evidencia?*». Javier Meana. Universidad del País Vasco.
—«*Liarla en el instituto y alrededores: consumos de riesgo según espacios, frecuencias, mezclas…*». Josep Rovira. ABD.

Las conclusiones básicas de cada una de las mesas en que se distribuyeron las personas participantes en este proceso se presentaron al término del encuentro y, a partir de ellas, elaboramos un documento integrador (Melero, 2014) que recoge lo sustancial del debate, del que extractamos aquí las conclusiones principales.

Propuestas para la reflexión

De los múltiples contenidos recogidos en el informe, presentamos las diez propuestas que mayor presencia tuvieron en los debates:

1. *Abordar las necesidades adolescentes*
   Dejar de acercarse a la adolescencia como una etapa multiproblemática para, sin negar las dificultades y los conflictos existentes, pasar a ver a chicas y chicos con necesidades específicas en su desarrollo socioemocional a las que es preciso atender.

2. *Una mirada global de la adolescencia*
   En línea con lo anterior, es preciso quitarse las anteojeras de las drogas para disponer de una mirada global de la realidad adolescente, especialmente atenta a los factores psicosociales que subyacen a sus consumos de drogas.

3. *Ahondar en las personas*
   Es preciso evidenciar que detrás de las sustancias, unas u otras, están las personas, con sus preguntas vitales no necesariamente respondidas por la prevención.

4. *Necesidad de estudios cualitativos*
   Como ya se señaló en la primera edición de «Hackeando», necesitamos impulsar la realización de estudios cualitativos que

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

favorezcan una mejor comprensión de las necesidades a las que responden los consumos.

5. *Tipología de riesgos*
   A la hora de entender la experiencia con el cannabis y otras drogas ilícitas, es preciso diferenciar los riesgos asociados a las diversas formas de consumo con respecto a aquellos otros relacionados con el tratamiento legal que recibe el cannabis.

6. *Prevenir la estigmatización*
   La intervención ante los usos de drogas debe evitar la estigmatización tanto de quienes consumen como de quienes han tomado la decisión de no hacerlo.

7. *Apostar por la evidencia*
   Un compromiso serio con la prevención debe basarse en exclusiva en aquellas intervenciones preventivas sobre las que exista suficiente evidencia científica.

8. *Visión global de la prevención*
   Apostar por una percepción globalizadora de la prevención, que permita en cada caso desarrollar las estrategias más adecuadas (prevención universal, selectiva, etc.).

9. *Una prevención continuada*
   Desarrollar un trabajo preventivo continuado que evite actuaciones puntuales, marcadamente ineficaces.

10. *Coordinación local*
    Desarrollar una intervención a escala local, en la que se procure la actuación coordinada de las diversas instituciones y organizaciones con capacidad y responsabilidad en la materia.

2.3. *Miradas desprejuiciadas de la adolescencia: propuesta de trabajo en 2014*

Terminamos este relato sucinto de la iniciativa «Hackeando» con la presentación somera de las características de la III edición que tuvo lugar el 11 de diciembre de 2014. En esa ocasión, destacando lo que nos parece más relevante de los dos encuentros anteriores, nos propusimos trascender las drogas para centrarnos en las personas. Con la convicción ya señalada de que el desarrollo personal forma parte de un proceso de empoderamiento en el que, dejando de lado el miedo y las meras restricciones ambientales, las personas pueden aprender a tomar

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

las decisiones más convenientes para sí mismas y para quienes conviven con ellas.

Los dos encuentros anteriores han permitido cuestionar prácticas desarrolladas sin una evidencia que las respalde, así como establecer unos mínimos compartidos. Y, sobre todo, han servido para destacar que, formando las drogas parte de la escena de la socialización adolescente, es en las personas y no en las sustancias donde hay que poner el acento preventivo. Este fue, por lo tanto, el *leit motiv* de este 3.er encuentro: levantar la mirada de las sustancias para centrarla en las personas. Una mirada despojada de prejuicios, miedos y lugares comunes, e interesada por el latido real de chicas y chicos en busca de… ¿felicidad?

Para debatir acerca de la necesidad de que la prevención apueste por el desarrollo personal y supere la fascinación morbosa que a menudo provocan las drogas, este tercer «Hackeando» nació con la voluntad de impulsar un acercamiento diferente a la adolescencia. Una aproximación en la que dejara de ser vista en clave de problemas (que los tiene, como es obvio), para serlo en clave de acompañamiento educativo. Un abordaje en el que, trascendiendo las reflexiones clásicas acerca del malestar adolescente (sin negarlo), nos preguntáramos por su búsqueda del bienestar. La estructura de este encuentro descansa aún más en el debate que las dos ediciones anteriores, a partir en este caso de tres presentaciones que le sirvieron de inspiración:

—«*Ser adolescente en una época de incertidumbre*». Leire Iriarte. Universidad de Deusto.
—«*Adolescentes y felicidad: ¿un oxímoron?*». Ana Estévez. Universidad de Deusto.
—«*Habilidades para una vida más ¿feliz?*». Juan Carlos Melero. EDEX.

3. **Nuestro modelo: el empoderamiento personal mediante la educación en habilidades para la vida**

Las habilidades para la vida han sido puestas en relación por la investigación con áreas educativas, sociales y sanitarias de diversa naturaleza: prevención del abuso de drogas, inclusión social, educación afectivo-sexual, prevención de la transmisión del VIH, fomento de una convivencia positiva entre diferentes, resiliencia, empleabilidad, emprendizaje… Son, en esencia, uno de los componentes clave de la capacidad personal para gestionar los propios recorridos vitales. En relación con la promoción de la salud, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993) propone, al

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

igual que otras agencias multilaterales (UNICEF, 2004), el desarrollo de la educación en habilidades para la vida, con especial incidencia en la infancia y la adolescencia. En su iniciativa «Life Skills Education in Schools», (WHO, 1993) define las habilidades para la vida como: «aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria» (entre ellos las influencias sociales hacia el consumo de drogas). Es decir, un conjunto de destrezas cuya posesión y manejo efectivos permitirían a las personas desarrollar estilos de vida saludables y afrontar los desafíos vitales de un modo resiliente.

En el campo específico de la prevención de las drogodependencias, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, al hablar en su recientemente renovado «portal de buenas prácticas» (EMCDDA, 2014) de lo que funciona en prevención, señala lo siguiente: «Las intervenciones multicomponentes desarrolladas en la escuela y basadas en el modelo de influencia social y/o aprendizaje de habilidades sociales, son útiles para reducir el uso de alcohol y de otras drogas, especialmente de cannabis» (traducción propia).

El modelo de educación en habilidades para la vida pone de manifiesto la necesidad de desarrollar en las personas una panoplia de destrezas que las capaciten para socializarse de manera no problemática en sus respectivos entornos, encontrando en sí mismas y en la relación con las demás personas estrategias susceptibles de favorecer la autonomía personal, el bienestar y la inclusión social. Es lo que conocemos como resiliencia (Munist *et al.*, 1998), esa metafórica «armadura» personal con cuya vestimenta una persona puede desarrollar su vida con menores riesgos, revirtiendo procesos que, sin tales recursos psicosociales, podrían amenazar la salud personal y colectiva. Sobre la evidencia existente acerca del impacto positivo del desarrollo de estilos de vida saludables que incorporen como uno de sus componentes el manejo diestro de las habilidades para la vida, puede consultarse el documento «Skills for Health», publicado por la OMS (Clarke, 2003), así como el manual publicado en 1999 por la Comisión Europea y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (CE, UIPES, 1999), «La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud».

Las habilidades para la vida han sido categorizadas de diversas formas, si bien, a efectos didácticos pueden organizarse en los siguientes tres bloques:

— *Habilidades para pensar*: Encajarían en esta categoría aquellas destrezas psicosociales susceptibles de favorecer procesos cog-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

nitivos eficaces para permitir a las personas afrontar los desafíos de su entorno. Entre ellas cabe citar el pensamiento crítico o la toma de decisiones.

—*Habilidades para sentir:* En este eje se engloban las destrezas relacionadas con la conocida como «inteligencia emocional» (Goleman, 1996), es decir, la capacidad de gobernar las emociones de manera respetuosa, como, por ejemplo, la empatía o el manejo del estrés.

—*Habilidades para relacionarse:* En esta tercera área se integran aquellas destrezas cuyo manejo efectivo hace posible mantener interacciones sociales positivas, mutuamente gratificantes y de colaboración, como la asertividad o la competencia relacional.

Se trata solo de una categorización formal, ya que en la práctica las diversas habilidades consideradas en este modelo están plenamente integradas, siendo cada persona un universo cognitivo-emocional-social holístico, resultante de la combinación singular de estos tres tipos de habilidades.

Las diez habilidades para la vida promovidas desde 1993 por la OMS son las siguientes:

—*Habilidad 1.* Autoconocimiento: destreza para identificar y tomar conciencia de los rasgos que dibujan nuestra personalidad, la organización integrada de todas aquellas dimensiones psicosociales que nos caracterizan y nos hacen singulares.

—*Habilidad 2.* Empatía: capacidad para ponerse en el lugar de las demás personas para, desde esa posición, sintonizar con sus sentimientos y emociones.

—*Habilidad 3*. Comunicación asertiva: habilidad para expresar opiniones, sentimientos, decisiones, etc., de manera apropiada al contexto en el que vive y a las personas con las que se entra en relación.

—*Habilidad 4*. Relaciones interpersonales: competencia para interactuar de manera positiva con las demás personas, poniendo en acción en ese marco relacional todas aquellas otras habilidades sin cuyo manejo diestro el «animal social» que somos se vería limitado.

—*Habilidad 5*. Toma de decisiones: capacidad para decidir a partir del reconocimiento de las variables en juego, la identificación de las opciones disponibles, la asunción de las alternativas consideradas más efectivas y la valoración posterior de los resultados.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—*Habilidad 6*. Solución de problemas y conflictos: destreza para afrontar de manera constructiva los conflictos inherentes a la vida social, que afectan a las personas y las comunidades.
—*Habilidad 7*. Pensamiento creativo: competencia en la que se materializa uno de los procesos de pensamiento a disposición de todas las personas para explorar respuestas innovadoras a cada momento y situación vital.
—*Habilidad 8*. Pensamiento crítico: capacidad para cuestionar experiencias e informaciones, sin asumir pasivamente criterios ajenos. Esta habilidad es uno de los principales motores del cambio personal y social.
—*Habilidad 9*. Manejo de emociones y sentimientos: destreza necesaria para reconocer y gestionar de manera positiva las emociones y sentimientos, tanto los propios como los de aquellas personas con las que entramos en relación.
—*Habilidad 10*. Manejo de la tensión y el estrés: capacidad para reconocer las fuentes que subyacen a las tensiones y el estrés que afectan a nuestra vida cotidiana, y de actuar positivamente sobre ellas para erradicarlas o, cuando menos, compensar su impacto.

En definitiva, cuando hablamos de habilidades para la vida hacemos referencia a un repertorio de destrezas psicosociales vinculadas tanto con el funcionamiento íntimo de cada persona como con su competencia relacional y su inclusión social. De la integración equilibrada de estas habilidades cabe esperar resultados positivos para la capacidad de las personas, y los grupos de los que forman parte, de gestionar adecuadamente su vida, incidiendo positivamente sobre las influencias sociales que la condicionan.

Las propuestas de prevención en materia de drogas que EDEX dirige a las diversas etapas del sistema educativo, tienen su núcleo en este modelo de educación en habilidades para la vida, acompañada, de manera diversa en función de las edades de la población destinataria, de procesos orientados a desarrollar una información sobre las sustancias, útil para apoyar procesos racionales de toma de decisiones. Es el caso de programas como «La aventura de la vida» (Educación Primaria) y «¡Órdago!» (Educación Secundaria Obligatoria). A modo de ejemplo, esbozamos a continuación dos de los programas más recientes en los que trabajamos, basados, al igual que el resto, en este modelo.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

4. **Nuestras propuestas, a modo de ejemplo**

Un fenómeno como el que nos ocupa, las relaciones adolescentes con el alcohol, requiere una *intervención integral* que, junto con su dimensión educativa, incluya componentes de otra naturaleza (lo que se conoce como «prevención ambiental»: control del patrocinio y la publicidad, medidas fiscales, control de la oferta, etc.). Nuestras propuestas pretenden *acompañar educativamente esa intervención global.* Veamos dos de los programas que más recientemente hemos incorporado a nuestra «Caja de herramientas de la prevención»: «Retomemos» y «Unplugged».

4.1. *«Retomemos», una propuesta para tomar en serio*

«Retomemos» es un programa educativo que persigue promover el bienestar adolescente mediante la educación en habilidades para la vida. Las claves de esta iniciativa son las siguientes:

—Área de intervención: prevención del consumo adolescente de alcohol.

—Ejes temáticos:

- Influencias sociales para el consumo de alcohol.
- Habilidades para la vida.

—Población destinataria: adolescentes de 14 a 16 años.

—Ámbito de intervención:

- Escuela.
- Otros espacio educativos informales.

—Soportes:

- 10 animaciones de 3 minutos en soporte CD.
- Una guía que incluye pautas para el desarrollo de 20 actividades.

—Sitio web: www.retomemos.com

4.2. *«Unplugged»*

«*Unplugged*» es una propuesta educativa para prevenir los consumos adolescentes de drogas mediante la educación en habilidades

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

para la vida. Es el resultado del proyecto europeo EUDAP, en cuyo marco, además de crearse, fue sometido a una evaluación multicéntrica de carácter experimental, que obtuvo los resultados positivos que pueden verse en Vigna-Taglianti *et al.* (2014). Todo ello de acuerdo con un proceso de implementación y evaluación supervisado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, como resultado del cual «Unplugged» ha obtenido el máximo nivel de calidad en el sistema de registro de buenas prácticas EDDRA *(Exchange on Drug Demand Reduction Action).*

Las claves de este programa son las siguientes:

—Área de intervención: prevención del consumo adolescente de alcohol y otras drogas.
—Ejes temáticos:

- Información sobre las drogas.
- Influencias sociales para el consumo de drogas.
- Habilidades para la vida.

—Población destinataria: adolescentes de 13-14 años.
—Ámbito de intervención: Escuela.
—Soportes:

- Una Guía del profesorado que incluye el desarrollo pautado de las 12 sesiones que conforman el programa, así como anexos específicos sobre las drogas y el trabajo grupal con adolescentes.
- Un paquete de fichas informativas sobre las drogas, a utilizar en el marco de la sesión más centrada en conocimientos sobre las sustancias.
- Un Cuaderno de trabajo para cada escolar.

—Sitio web: www.eudap.net

5. **Conclusiones**

Después de varias décadas dinamizando en nuestro país iniciativas de diversa naturaleza y calado en relación con la prevención de los consumos adolescentes de alcohol y otras drogas, se impone un proceso de reflexión y cuestionamiento crítico que permita identificar aquellas propuestas basadas en la evidencia que, habiendo mostrado resultados positivos, merece la pena que reciban apoyos institucionales y so-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ciales. En cuanto se refiere a la prevención universal en la escuela, estos programas son los basados en la educación en habilidades para la vida como estrategia para contener las influencias sociales hacia el consumo. El proceso participativo que hemos denominado «Hackeando la prevención de las drogodependencias» ha permitido avanzar en este proceso de reflexión e intercambio, identificado los ejes básicos de la intervención: las personas, chicas y chicos, y las necesidades que tratan de cubrir con sus relaciones con las drogas. Necesidades a las que debe responder la prevención, impulsando procesos de desarrollo personal basados en la educación en habilidades para la vida como estrategia para contener las influencias sociales hacia el consumo de drogas. La reflexión propuesta en el marco de la iniciativa «Hackeando» forma parte de nuestra apuesta global por un modelo preventivo basado en el desarrollo de las 10 habilidades para la vida que ya en 1993 propuso la Organización Mundial de la Salud. Una apuesta materializada en una amplia y contrastada «Caja de herramientas para la prevención», a la que recientemente han venido a integrarse el programa «Retomemos», de elaboración propia, y el programa «Unplugged», resultado del proyecto europeo EU-Dap del que hemos formado parte desde su inicio en 2003, y que ha recibido de EDDRA la máxima puntuación.

6. **Referencias**

Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido: La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona. Paidós Ibérica. (Original publicado en 2006).

Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global.* Madrid. Siglo XXI. España Editores. (Original publicado en 1999).

Clarke, D. *et al.* (2003). *Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School.* Information series on school health. Document No. 9. Geneva: WHO.

Comisión Europea, Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (1999). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa.* Parte Una y Parte Dos. Libro de Evidencia. Madrid: Rumagraf, S.A.

EDEX (2013). *Hackeando la prevención de las drogodependencias. Menores y alcohol. Propuestas para continuar el debate.* Bilbao. EDEX.

ESPR-European Society for Prevention Research: http://euspr.org/

European Drug Prevention Quality Standards: http://prevention-standards.eu/

Hernán, M.; Morgan, A. y Mena, A.L. (eds.) (2013). *Formación en salutogénesis y activos para la salud.* Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías EASP N.º 51.

James, C. (2013). *Drug prevention programmes in schools: What is the evidence?* London. Foundation Mentor.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Mantilla, L. y Chahín, I.D. (2006). *Habilidades para la vida. Manual para aprenderlas y enseñarlas.* Bilbao. EDEX.

Melero, J.C. (2014). *Hackeando la prevención de las drogodependencias. Menores y cannabis. Propuestas para continuar el debate.* Bilbao. EDEX.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M.A., Suárez Ojeda, E.N., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.* Washington, DC: OPS.

OMS (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.* Ginebra: OMS.

Rompani, P.; Edegger, L. (2014). *Prevention on a Global Level*. *Mentor International.* (Leído en línea el 6 de octubre de 2014: http://preventionhub.org/prevention-update/prevention-global-level).

SPAN-Science for Prevention Academic Network: http://www.span-europe.eu/

SPR-Society for Prevention Research: http://www.preventionresearch.org/

UNICEF (2004). *LifeSkills-Based Education for Drug Prevention: Training Manual.* New York.

Vigna-Taglianti *et al.* (2014). *Unplugged, a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial*. New Directions for Youth Development. Volume 2014, Issue 141, pages 67–82.

WHO (1993). *Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. Geneva.*

WHO (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Geneva.*

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 10

La percepción de riesgo en la prevención del consumo de alcohol

J.A. García del Castillo, Á. García del Castillo-López y C. López-Sánchez

1. **Introducción**

Una de las variables que juega un papel primordial en el inicio al consumo de sustancias es la percepción de riesgo. Sin duda, se hace mucho más significativa su importancia en sustancias legales como el tabaco y el alcohol, alcanzando una cota de mayor representatividad en esta última, dado que se entiende que los patrones culturales de aceptación y normalización social son mucho más amplios y reconocidos en las sociedades europeas con respecto al uso de las bebidas alcohólicas. En la cultura mediterránea parece que está más unido a patrones de diversión y relación social entre los jóvenes, por lo que se convierte en vital si queremos entender el concepto de riesgo asumido por esta población.

La exposición al riesgo desde una perspectiva normalizada vendría marcada por la probabilidad que tenemos de sufrir algún tipo de accidente sin que medien comportamientos arriesgados por nuestra parte. Siempre cabe la posibilidad de que tropecemos en una acera deteriorada, nos despistemos al cruzar una carretera o nos quememos con la plancha. Pero aunque sean causas posibles no entran dentro de una probabilidad alta, ni siquiera media de que nos ocurran. En estos supuestos cotidianos faltaría además la intencionalidad de buscar riesgos conocidos o supuestamente reconocibles como tales.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Si hacemos un análisis al margen de las conductas de riesgo claramente reconocidas o más obvias, como puede ser llegar a un coma etílico, en nuestra vida cotidiana son muchas y variadas las situaciones en las que, de alguna forma, nos situamos ante comportamientos de riesgo que posiblemente no valoremos adecuadamente. De hecho conducir vehículos sería una de las principales causas de mortalidad evitable. Si acudimos a las cifras, podemos comprobar que en España hemos pasado de más de 5.000 muertes en el año 1992 a menos de 1.500 en el año 2011 (Dirección General de Tráfico, 2012). Con toda seguridad uno de los factores que ha podido influir en este descenso es el aumento de la percepción de riesgo de los conductores sumado a una serie de medidas como la mejora de los vehículos, de las carreteras o el miedo a las sanciones. No es comparable con las muertes evitables atribuibles al consumo de alcohol de forma directa que entre los años 1999 y 2004 sumaron en España más de 50.000, con una media anual superior a las 8.000 muertes (Fierro, Ochoa, Yáñez, Valderrama y Álvarez, 2008).

En principio, el control del riesgo lo podríamos entender como linealmente proporcional a la cantidad de experiencias e información que se posee en torno al mismo, de forma que la objetividad del propio concepto se configurará a través de la información y experiencias acumuladas. Sin embargo en la práctica no se manifiesta tan linealmente como cabría esperar, y muchos de nuestros comportamientos superan la barrera de riesgo asumible, jugando con factores como el azar, una falsa percepción de superioridad con respecto al riesgo que corremos o la minimización del daño que podríamos esperar si las cosas no salen como nosotros previamente habíamos pensado. La forma en que los más jóvenes tienen de afrontar un riesgo es bajo la suposición mágica de que están protegidos, aunque a su vez puedan entender sin problemas que otros jóvenes en su misma situación no lo están. Decimos mágica, porque en realidad no hay ningún argumento racional o psicológico que sustente esta creencia, a no ser que nos vayamos al supuesto de que la confianza que podemos llegar a tener en nosotros mismos supere con creces cualquier tipo de riesgo potencial. El «exceso de confianza» pasa a ser un indicador de riesgo en comportamientos de salud, tal y como ya se ha demostrado que lo es como causa de riesgo de accidente laboral (De la Orden, Zimmermann y Maqueda, 2002).

2. **Concepto de riesgo**

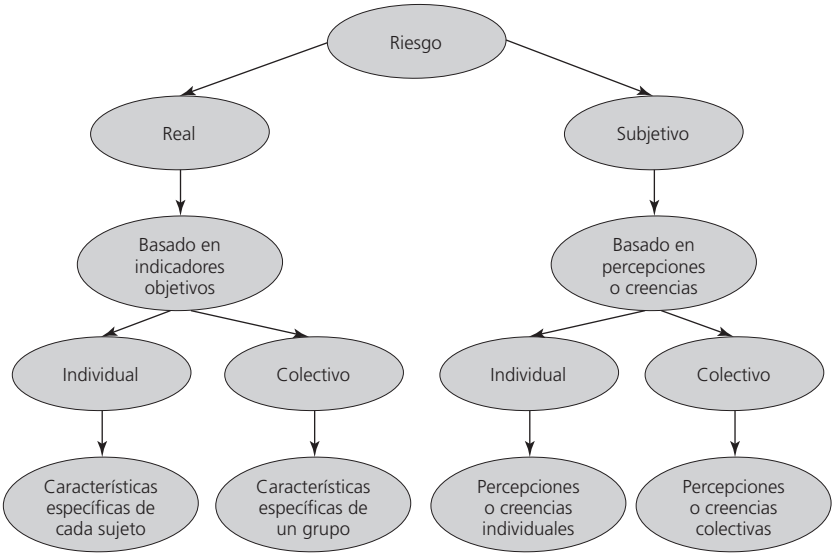
No encontramos en la literatura una definición que aglutine el concepto de riesgo en un sentido único. Por ello las vertientes desde las

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

que podemos partir para su análisis son variadas y, en cierta medida, nos podrían llevar a considerar algunas de ellas como contrarias entre sí, cuando en realidad no es así. Podríamos aproximarnos al concepto desde un plano real o subjetivo partiendo de lo individual o lo colectivo, llegando a resultantes diferentes en cada caso (Figura 1).

Figura 1

Concepto de riesgo (García del Castillo, 2012)



El riesgo real, basado en indicadores objetivos que normalmente son absolutos, puede repercutir de manera distinta si es a nivel de un solo individuo, donde entrarán en juego sus características personales. De hecho será diametralmente diferente el riesgo real que correría un hombre frente a una mujer a la hora de beber alcohol, dado que las mujeres son más vulnerables que los hombres (Izquierdo, 2002). Asimismo, no sería la misma tasa de riesgo si se tiene bajo peso o si la edad de la ingesta es muy temprana, por ejemplificar algunas posibilidades. Por otra parte, si nos centramos en el riesgo real de una forma colectiva, tendremos también algunos parámetros de contraste en función del tipo de población, ya que hay evidencia de que el ADH y el ADLH son diferentes genéticamente según la raza (Izquierdo, 2002).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

En cuanto al riesgo subjetivo las posibilidades también cuentan con una amplia variabilidad, posiblemente mayor que en el caso de riesgo real, ya que intervienen diversos factores (García del Castillo, 2012):

—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, pudiendo influir en 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. Si planteamos 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. Así mismo 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 (García del Castillo, 2012, 139).

Desde un punto de vista colectivo, la base de riesgo subjetivo se centra en el conjunto de creencias y percepciones del imaginario colectivo, generando una serie de comportamientos grupales que están en función del lugar, del grupo y del momento en el que se desarrollen los acontecimientos. De hecho un joven que se dispone a consumir alcohol en el seno de un grupo de jóvenes que habitualmente lo hacen, asume las directrices de riesgo del grupo sintiéndose protegido tal y como lo están todos los demás. Si partimos de la epidemiología como base de estudio del concepto de riesgo, encontramos que incluye tres elementos, según indican (Almeida, Castiel y Ayres, 2009):

—Número de casos donde aparece muerte-enfermedad-salud.
—Parámetro de referencia poblacional.
—Parámetro de referencia temporal.

Para que tengamos un índice de riesgo colectivo, necesitamos que estos indicadores se tengan en cuenta conjuntamente, pero nos servirán únicamente como referente global, es decir, para lo que estamos

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

llamando riesgo real, nunca serán un determinante del riesgo subjetivo, a no ser que cada uno de los sujetos de esa población determinada entienda que está en riesgo y lo asuma.

Al margen de las generalidades que entraña un riesgo real, sabemos que cada persona es única y cuenta con unas características particulares que hacen complicado el poder establecer criterios generales para todos, independientemente del riesgo a asumir. De esta forma es muy complejo establecer la cantidad de riesgo real de un sujeto concreto basándonos solamente en criterios epidemiológicos, dado que para otro sujeto esos mismos criterios podrían estar muy alejados de la misma tasa de riesgo real (Gil, 2004). Desde estos argumentos es perfectamente asumible pensar que el riesgo, tanto el real como el subjetivo, es poderosamente dinámico.

Otros puntos de vista desde donde podemos abordar el concepto de riesgo para poder aproximarnos a un planteamiento conjunto posterior, es asumirlo como una respuesta comportamental y no tanto como un estímulo evocador. Podríamos entender este argumento desde la perspectiva de que el riesgo real u objetivo se consolida a partir de los dictámenes que desarrollan los expertos, mientras que el riesgo subjetivo o percibido se configuraría desde la visión parcial e individual de cada persona (Portell, Riba y Bayés, 1997). Según Farré (2005), el riesgo se puede entender como una probabilidad cuantificable de que suceda algo negativo con consecuencias perjudiciales o adversas. Cabe pensar desde la perspectiva constructivista que finalmente todo riesgo es subjetivo, porque se procesa a través de las percepciones.

El concepto de percepción, independientemente de su asociación al riesgo, habría que encuadrarlo en el campo de la cognición social y, por supuesto, en un plano subjetivo asociado a otros conceptos como las creencias, los valores y las actitudes. Una definición clásica de Allport (1974, 7-8) define percepción como «algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos». Torregrosa y Crespo (1984, 141) manifiestan que la «percepción es concebida como un proceso selectivo, que posibilita la actuación en un medio complejo, y que viene determinada por las necesidades, valores, tensiones y base cultural del sujeto». Pastor (2000) enfoca la percepción como un proceso cognitivo apoyado en la información que cada persona elabora sobre diferentes cuestiones de índole social y que procesa para organizar un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor será susceptible de condicionar su comportamiento posterior. La visión de Rodríguez y Betancor (2007) se orienta completamente hacia la cognición social, teniendo como objeto la forma en que las personas atienden, analizan, interpretan, recuerdan y usan la información para poder elaborar juicios y llevar a cabo acciones.

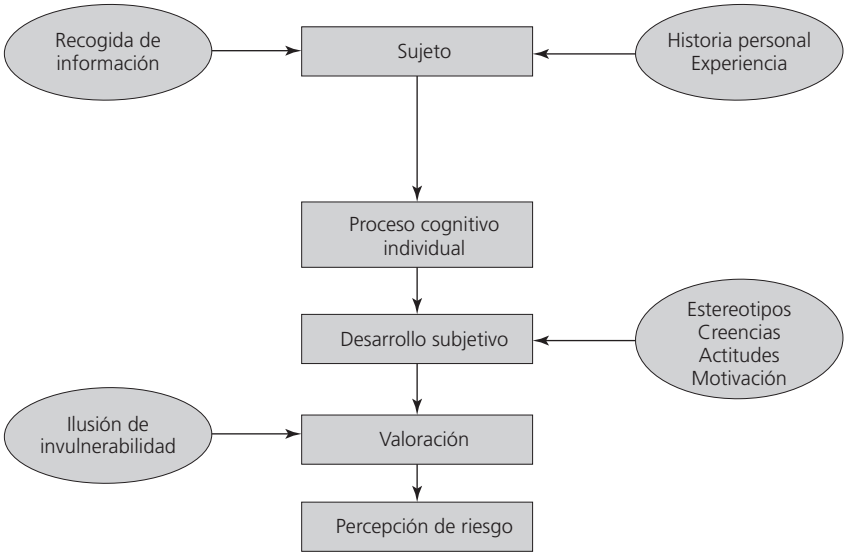
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Si conjugamos los elementos que intervienen en la percepción y en el riesgo, podemos llegar a la configuración teórica del concepto percepción de riesgo, incluyendo aquellas características que intervienen en el proceso y que se expresan en la Figura 2:

—Se trata de un proceso cognitivo de extensión individual.
—Se desarrolla netamente en el plano subjetivo.
—En su configuración intervienen otros procesos básicos: creencias, actitudes, valores, 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)



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 con-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

formarán las creencias y las actitudes fundamentalmente, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada (García del Castillo, 2012, 140).

Los sujetos no siempre son capaces de hacer valoraciones objetivas de la situación que se les presenta, bien porque están influenciados por otras variables externas (amigos, contexto, cultura), o bien porque generan barreras subjetivas alrededor del acontecimiento a valorar, que lo hacen menos vulnerable a sus consecuencias. De hecho un pensamiento puede estar sesgado en función de la información externa recibida (Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno, 2012). Está suficientemente descrito el fenómeno del optimismo ilusorio, con el que una persona o grupo es capaz de sobrevalorar sus posibilidades frente a un acontecimiento llegando a la certeza de que será positivo (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez & Blanco, 1998; Weinstein, 1980, 1982). Son muchos los estudios que resaltan la gran importancia que puede llegar a tener el optimismo ilusorio en las conductas de salud (Dillard, Midboe y Klein, 2009; Gold, 2008; Harris y Guten, 1979; Kirscht, Haefner, Kegeles y Rosenstock, 1966; McGee y Cairns, 2009; Patton, Tollit, Romaniuk, Spence, Sheffield y Sawyer, 2011; Rosenstock, 1974).

También podemos encontrar el término «ilusión de invulnerabilidad» (Alonso y Pozo, 2002) muy relacionado con el anterior, que expresa la tendencia de la persona a percibir que le ocurrirán menos acontecimientos negativos que al resto, consiguiendo reducir su percepción de riesgo. Por último el término «optimismo comparativo» hace referencia a la probabilidad que manejan las personas de que en su caso individual tendrá más acontecimientos de tipo positivo que la media y una menor probabilidad de que le sucedan acontecimientos o sucesos negativos (Concha *et al.*, 2012).

3. **Configuración de la percepción de riesgo desde diferentes teorías psicológicas**

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 & Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein & 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 & Middleton, 1994; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1975,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

1983, 1985), el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988), el Proceso de Acción a favor de la Salud (Schwarzer, 1992) y el Modelo de Respuesta Paralela Extendido (Witte, 1992a, 1992b, 1998; Witte y Allen, 2000).

3.1. *Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo de Creencias de Salud*

A partir de las premisas que propuso Hochbaum (1958), fueron los planteamientos de Rosentock (1974) los que desarrollaron el Modelo de Creencias de Salud (MCS) postulándose como el que más repercusión ha tenido en el campo de la psicología de la salud, aplicándose a un gran número de comportamientos de salud. Se apoya fundamentalmente en la teoría del valor esperado y en las teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (Medina y León, 2004). El modelo se desarrolla a partir de predicciones de conductas saludables que se generan a partir de las creencias y de diferentes acontecimientos relacionados con la salud. Cuando una persona decide un comportamiento u otro tiene en cuenta en su decisión el evitar o disminuir al máximo una conducta que genere riesgo para su salud, siempre bajo la incertidumbre de no saber cuál será el resultado de sus acciones. El comportamiento de salud estará mediado por aquellos elementos que llevarán a la persona hacia una conducta saludable o bien a asumir un riesgo de salud, en función de sus creencias y de su motivación por seguir manteniéndose sano. Los elementos que inciden en el proceso de toma de decisiones son (León, Medina, Barriga, Ballesteros, y Herrera, 2004; Valencia, Londoño, Amézquita, Cortés, Guerra, Hurtado y Ordoñez, 2009):

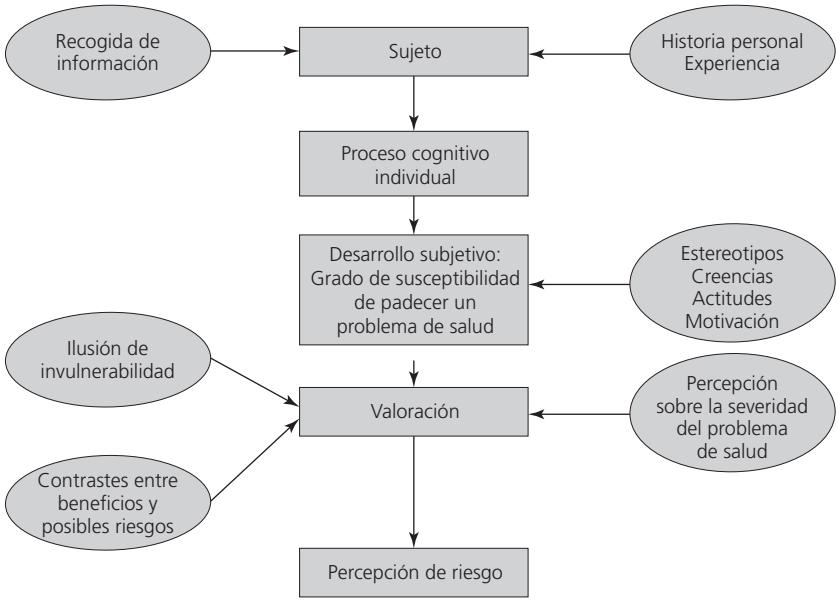
—La susceptibilidad percibida o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar, de carácter subjetivo.
—La gravedad percibida donde se valora la probabilidad de enfermar así como las consecuencias de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida. Este elemento será también de carácter subjetivo.
—Los beneficios y costes percibidos para que pueda reducir los riesgos de salud y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas. Estaríamos ante un nuevo elemento subjetivo.

Si nos basamos en el Modelo de Creencias de Salud, podemos plantear la siguiente configuración del concepto de percepción de riesgo.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Figura 3

Configuración de la percepción de riesgo en base al MCS (Modificado de García del Castillo-López, 2011)



Como vemos en la figura sumamos a la configuración anterior aquellas variables que hacen posible conseguir 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 (García del Castillo, 2012, 143).

3.2. *Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada*

El estudio de las actitudes ha sido uno de los temas clásicos de la psicología social. El concepto de actitud se ha definido decenas de veces desde diferentes puntos de vista, como una predisposición o tendencia hacia la evaluación (Katz y Stottland, 1959), como la forma de ver o interpretar una cosa de forma agradable o desagradable (Newcomb, 1959) o como la posición que se adopta hacia objetos, cuestiones polémicas, personas, grupos o instituciones (Sherif y Sherif, 1965). En sus principios se estudia la actitud desde tres componentes:

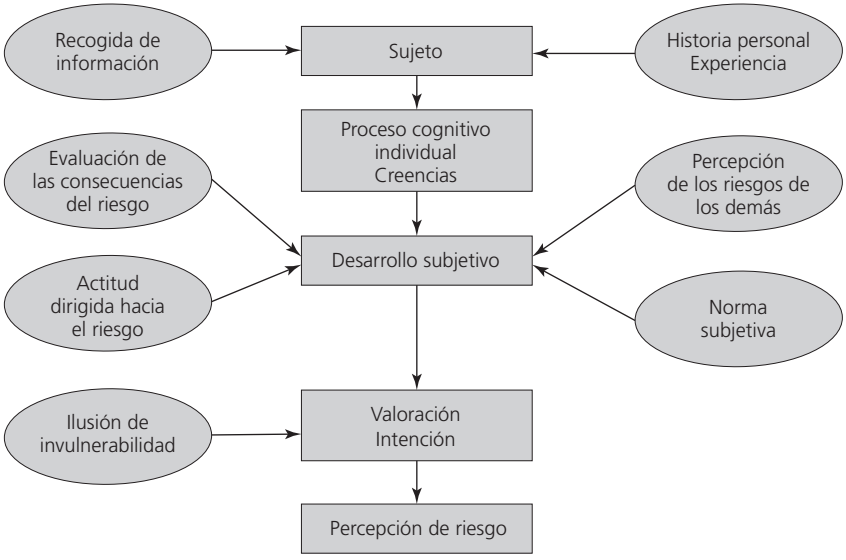
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—Componente cognitivo: conocimientos acerca de un objeto de actitud.
—Componente afectivo: nuclear en el estudio de las actitudes, se refiere a la vinculación entre la persona y el objeto de actitud.
—Componente comportamental: la tendencia hacia la acción respecto de un objeto de actitud.

Es a partir de los años sesenta del siglo pasado cuando se comienza a estudiar la actitud desde los modelos de componente único, donde se apoyan las teorías de la Acción Razonada y la Conducta Planeada. Como señalan Medina y León (2004) en un principio estas teorías pretenden explicar de una forma empírica el comportamiento social, pasando posteriormente a intentar explicar el comportamiento de salud.

Figura 4

Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Acción Razonada (García del Castillo, 2012)



Mediante la teoría de la Acción Razonada se busca predecir la conducta mediante lo que los autores denominan la norma subjetiva

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

y las actitudes, a través de la intención. Para configurar la percepción de riesgo en el marco teórico de estas teorías, tendríamos que incluir los elementos que la integran en nuestro esquema, quedando el desarrollo subjetivo modulado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes que se orientan hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los otros y la norma subjetiva, tal y como hemos reflejado en la figura 4.

3.3. *Configuración de la percepción de riesgo desde la teoría de la Motivación Protectora*

Gran parte de las campañas y programas de prevención de salud se centran en el miedo como estrategia para evitar o modificar comportamientos de riesgo. La teoría de la Motivación Protectora es formulada en los años setenta del siglo pasado por Rogers (1975, 1983, 1985) y posteriormente ampliada por Harris y Middleton (1994).

El núcleo central de la teoría se desarrolla alrededor del miedo a las consecuencias que modula o mediatiza el comportamiento final de una persona, llevándola a buscar todas aquellas medidas posibles que puedan protegerla. La percepción de miedo estará en función de dos factores, el grado de amenaza y el grado de susceptibilidad (Ordoñana y Gómez, 2002). Si logramos infundir un miedo lo suficientemente alto, podríamos mantener el comportamiento de salud, teniendo en cuenta que la persona está bien informada de que existen salidas posibles para poder eludir el proceso de enfermedad. Cuando logramos que la persona se motive a protegerse, conseguiremos que sus conductas sean más saludables, evitando los comportamientos de riesgo. Las variables más importantes que determinan la motivación de la protección son:

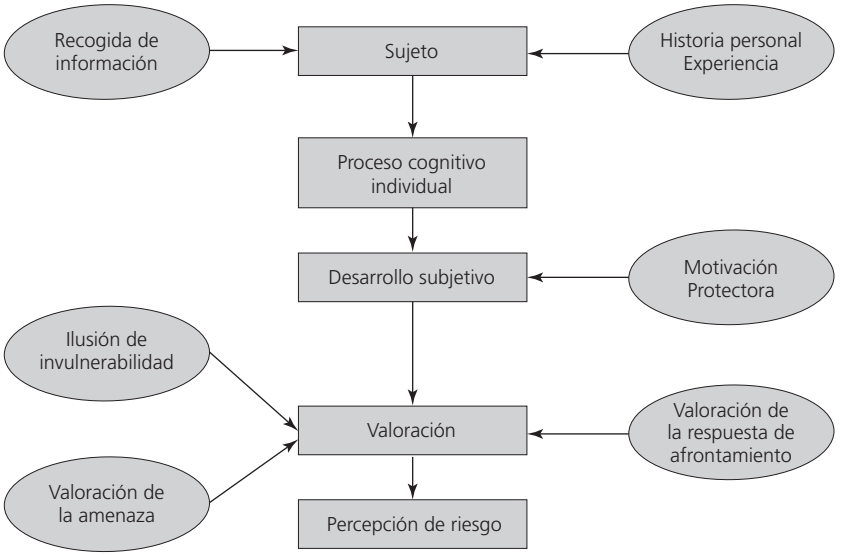
- La valoración de la amenaza, que está en función de la capacidad de adaptación a la amenaza menos la cantidad de amenaza recibida y el grado de vulnerabilidad del sujeto hacia esa amenaza.
- La valoración de la respuesta de afrontamiento, que está en función de la eficacia de la respuesta y la autoeficacia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

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

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Figura 5

Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Motivación Protectora (García del Castillo, 2012)



3.4. *Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones*

El Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988) intenta solventar el vacío que, según el autor, no cubre el modelo de creencias de salud y las teorías de la acción razonada y conducta planeada, en el sentido de que estos modelos analizan los comportamientos de salud y las variables que pueden intervenir en que se adopten estos comportamientos, pero no estiman la probabilidad con la que una persona puede llegar a comportarse saludablemente o no. Para llegar a cubrir este vacío, Weinstein formula siete etapas por las que una persona pasa o puede pasar para enfrentarse a un posible proceso de enfermedad (Medina y León, 2004):

—Ausencia de información del posible peligro.
—Mantenimiento de la ilusión de invulnerabilidad.
—Asunción de la susceptibilidad del peligro sin entrar en acción protectora.
—Entrar en acción protectora.

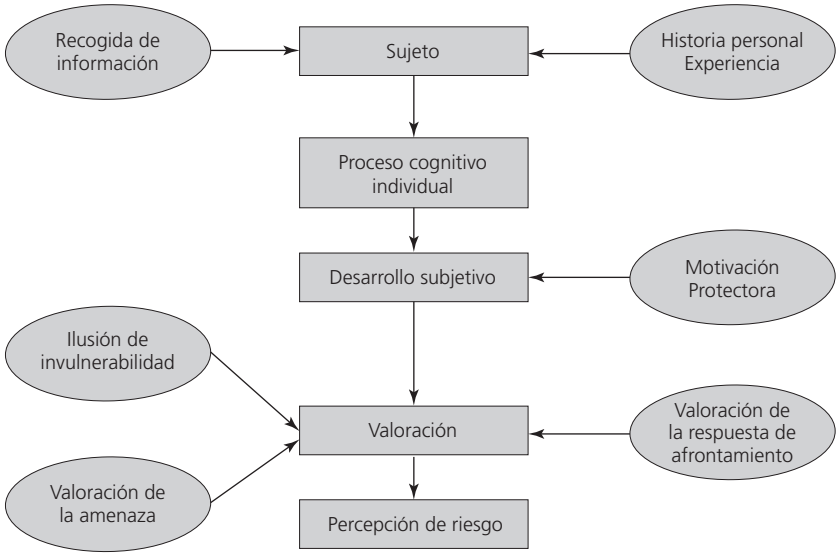
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—Arrepentimiento de entrar en acción protectora.
—Entrar de nuevo en acción protectora.
—Mantenimiento de la acción protectora.

En la configuración del concepto de percepción de riesgo siguiendo este modelo, habría que introducir las diferentes etapas en el desarrollo cognitivo, donde cabría la ausencia de información del posible peligro y la asunción de la susceptibilidad del peligro sin la puesta en marcha de una acción protectora, y en la valoración actuarían las fases de puesta en marcha de una acción protectora, el arrepentimiento de esta acción protectora, la puesta en marcha de una nueva acción protectora y el mantenimiento de la acción protectora final (Figura 6).

Figura 6

Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones



3.5. *Configuración de la percepción de riesgo desde el Proceso de Acción a favor de la Salud*

El Proceso de Acción a favor de la Salud propuesto por Schwarzer (1992) considera la conducta de salud como un proceso de autorre-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

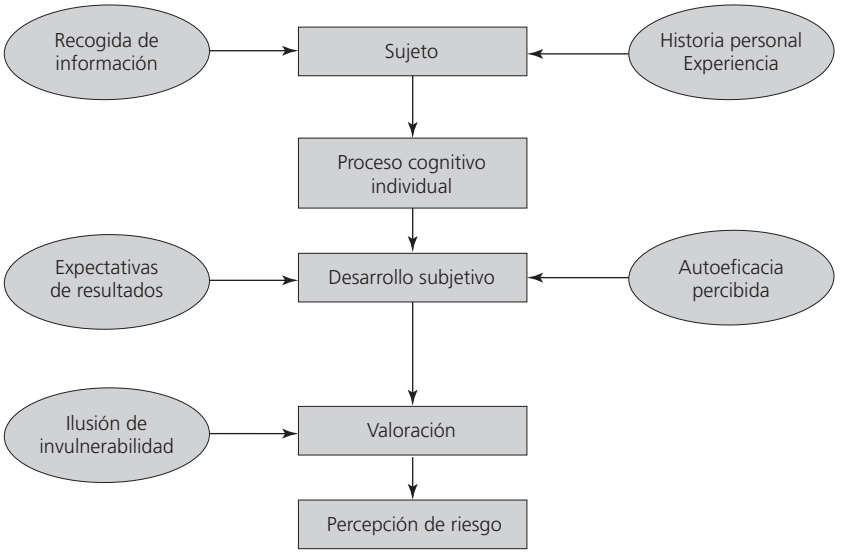
gulación donde la motivación es la encargada de los cambios y las acciones se tienen que convertir en formas de mantenimiento del comportamiento saludable. La meta final de la conducta saludable estará modulada por tres grupos de variables (Medina y León, 2004):

—Percepción de riesgo.
—Expectativas de resultados.
—Autoeficacia percibida.

En la configuración del concepto de percepción de riesgo desde el proceso de acción a favor de la salud, integramos en el desarrollo cognitivo las expectativas de resultados y la autoeficacia percibida como moduladores de la valoración de la percepción de riesgo (Figura 7).

Figura 7

Configuración de la percepción de riesgo desde el proceso de acción a favor de la salud



3.6. *Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo de Respuesta Paralela Extendido*

El modelo se articula a partir de los previamente formulados por Leventhal (1970, 1971) sobre mensajes de miedo y Rogers (1975, 1983,

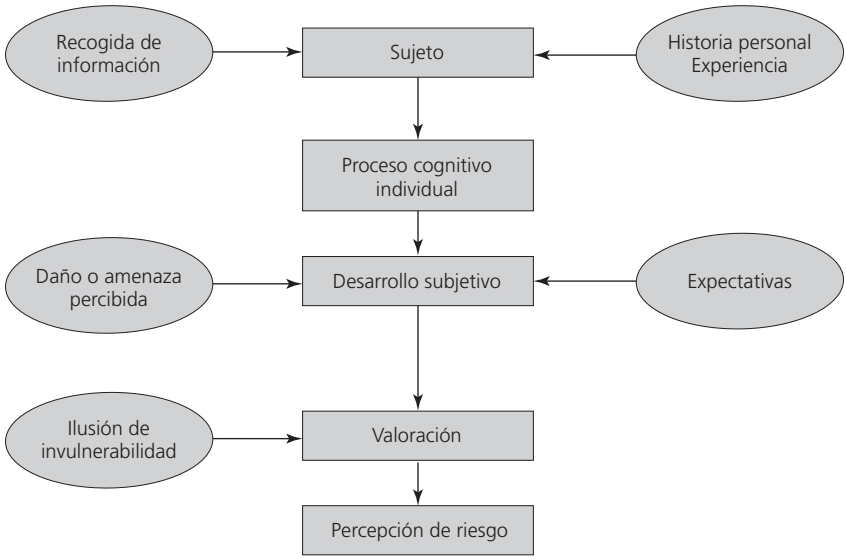
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

1985) con su teoría de la motivación protectora. Básicamente Witte (1992[a], 1992[b], 1998), plantea que en función de cómo se presente la información de miedo al sujeto, este valorará cómo percibe la amenaza en base a su severidad y a la cantidad de susceptibilidad, en términos de consecuencias de su conducta en base a la amenaza y en términos de probabilidad de que la amenaza realmente le pueda suceder o no. Si el mensaje de miedo lo interpreta el sujeto como irrelevante o insustancial no se producirá el proceso motivacional deseado.

En la configuración del concepto de percepción de riesgo desde el modelo de respuesta paralela extendido, podemos integrar en el desarrollo cognitivo el daño o amenaza percibida y las expectativas como moduladores de la valoración de la percepción de riesgo (Figura 8).

Figura 8

Configuración de la percepción de riesgo desde el modelo de respuesta paralela extendido



3.7. *Percepción de riesgo y consumo de alcohol*

Todos aquellos procesos que se encuentran en el plano de lo subjetivo son difíciles de universalizar. Aunque intentemos darle forma y contenido colectivo, finalmente son los procesos cognitivos individua-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

les 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 alcohol 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, 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 alguna de las premisas básicas que promulgan la teoría de la motivación protectora de Rogers, así como el modelo de respuesta extendida paralela de Witte.

La información que les llega a los jóvenes sobre el alcohol suele ser muy contradictoria. Por una parte, 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 explicitas 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 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.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Por otra parte, los jóvenes se encuentran con la paradoja de que la información que reciben desde los órganos educativos, la familia, los programas de prevención y las campañas de promoción de salud o de marketing de salud, redundan en la idea de que el alcohol puede provocar una gran cantidad de perjuicios en la salud de corte agudo y crónico e incluso con resultados de muerte (coma etílico). Esta estrategia de miedo inducido se contradice con los mensajes positivos de corte publicitario y lleva a la consolidación de la subjetividad en la percepción de un posible riesgo por ingesta de alcohol, así como a potenciar la ilusión de invulnerabilidad. Se suman también las campañas que orquestan desde la Dirección General de Tráfico, muy orientadas también al recurso al miedo y, en muchas ocasiones, vinculadas al consumo de alcohol.

Indudablemente para cualquier joven es mucho más convincente un mensaje positivo de consumo de alcohol al que se le pueden atribuir consecuencias eficaces y eficientes en su conducta de interrelación con los demás, su aumento de «chispa» o su posibilidad de desinhibición ante situaciones que normalmente manejaría mal, frente a un mensaje de miedo que le induce a pensar que lo que le están contando no va con él, sino con los demás, por el efecto de la ilusión de invulnerabilidad. Es difícil, por no decir imposible, intentar trasmitir mensajes orientados hacia el mantenimiento de la salud sin mencionar, de alguna manera, los riesgos que se pueden correr ante un consumo, por ejemplo, de alcohol. Según Ordoñana y Gómez (2002), los mensajes de salud pasan indefectiblemente por dos sólidos argumentos, la ambivalencia potencial y la inevitabilidad:

- La ambivalencia potencial. Utilizar el miedo o la amenaza como estrategia preventiva puede generar reactancia, con el consiguiente rechazo al argumento. Los estudios que revisan los autores apuntan que únicamente será eficiente el miedo cuando se den unas condiciones particulares que incrementarían la adherencia al mensaje, por lo que resulta ambivalente su utilización.
- La inevitabilidad. Como hemos referido anteriormente es muy difícil o imposible construir una información positiva hacia el mantenimiento de la salud que no contenga elementos sobre los peligros o riesgos que se corren con determinadas conductas. Las posibles amenazas hacia la salud están implícitas en la propia información lo que hace inevitable recurrir directa o indirectamente al miedo.

Desde los modelos de aprendizaje ocurre algo similar, si lo analizamos desde el prisma de las consecuencias. El castigo, tanto el positivo como el negativo, conlleva consecuencias negativas para el sujeto, lo

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

que hará que intente evitarlas o escapar de ellas. El comportamiento se consolida y resulta mucho más maleable cuando se utilizan las técnicas operantes recurriendo al refuerzo positivo como potenciador o estabilizador de una conducta deseada. Si llevamos estos argumentos al plano de la percepción de riesgo los mensajes preventivos actuarían como una amenaza de castigo en el caso de abusar del alcohol (p.e., amenazar con la resaca) en el plano subjetivo y como un castigo en el plano real (p.e., tener resaca después de abusar del alcohol). Para canalizar el mensaje preventivo mediante el refuerzo positivo, habría que recurrir desde el plano subjetivo al bienestar físico, psicológico y social que tendría en el caso de no beber alcohol (p.e., ante un acontecimiento deportivo posterior, llegará en plenas condiciones físicas y psicológicas) y en el real se materializaría el refuerzo positivo en toda su extensión (p.e., llegar en plenas condiciones físicas y psicológicas al acontecimiento deportivo y triunfar, con el consiguiente beneficio social).

La historia personal o de vida, lo que podemos denominar experiencia vivida, también aporta unas expectativas, tanto al consumo de alcohol como a la abstinencia, en función de la trayectoria que un sujeto haya seguido en su trayectoria vital. Los primeros consumo de alcohol conllevan unas experiencias que podrán marcar las posteriores ingestas, siempre pivotando en las consecuencias, positivas y negativas, que el sujeto haya experimentado. No obstante, unas consecuencias negativas no implican necesariamente la renuncia a beber alcohol en ocasiones posteriores, dado que intervienen otros factores que pueden mantener el comportamiento de consumo. Por ejemplo, un joven puede abusar del alcohol durante un botellón donde conoce gente nueva, es muy reforzado socialmente por su «chispa» y su desparpajo, además de haber «disfrutado», según su percepción de una noche inolvidable. La consecuencia negativa es que acaba muy mareado, con vómitos, bronca con su familia y una resaca muy molesta al día siguiente. En la balanza podrán tener mayor repercusión los reforzadores positivos de beber alcohol que los negativos, lo que posibilita que en otra ocasión posterior vuelva a ingerir alcohol, ya que su expectativa es que podrá disfrutar nuevamente de todos los beneficios que obtuvo anteriormente, minorando al máximo los perjuicios o percibiéndolos como secundarios. En una situación como la descrita, la percepción de riesgo pasaría a un segundo plano. El joven buscará nuevas estrategias para minimizar los factores negativos (mareos, vómitos, peleas con la familia, resaca, etc.) hasta encontrar un equilibrio que le permita «disfrutar» con el alcohol disminuyendo las consecuencias adversas.

Para la prevención del consumo de alcohol, también de tabaco y otras drogas, el concepto de percepción de riesgo seguirá siendo cen-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

tral y habrá que investigar las diferentes teorías para intentar alcanzar un modelo lo suficientemente eficaz y eficiente, que mejore el comportamiento de consumo de los más jóvenes. Tenemos que ser plenamente conscientes de que si no se consigue potenciar suficientemente la percepción de riesgo hacia el consumo, la prevención se encontrará con un gran hándicap, en ocasiones insuperable, que nos llevará irremisiblemente al fracaso de la misma.

4. **Referencias**

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/aizen/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.

Almeida, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva, 5* (3), 323-344.

Alonso, E. y Pozo, C. (2002). La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales. *Apuntes de Psicología, 20*(3), 415-426.

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.

De la Orden, M.V., Zimmermann, M. y Maqueda, J. (2002). Influencia de la formación en la percepción de las causas de los riesgos de accidente de trabajo. *Seguridad y Salud en el Trabajo, 21*, 4-9.

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.

Dirección General de Tráfico (2012). *Estadísticas e indicadores*. Recuperado el 23 de octubre de 2012 de http://www.dgt.es/portal/es/seguridad_vial/estadistica/accidentes_24horas/evolucion_n_victimas/

Farré, J. (2005). Comunicación de riesgo y espirales del miedo. *Comunicación y Sociedad, 3*, 95-119.

Fierro, I., Ochoa, R., Yáñez, J.L., Valderrama, J.C. y Álvarez, F.J. (2008). Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004. *Medicina Clínica, 131*(1),10-13.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

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 Page, M.M. (Ed.), *Belief, attitudes and values*. Lincolm, 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. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions, 12*(2), 133-151.
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 Pascual, F. y Guardia, J. (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, J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
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. and 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.
Katz, D. y Stottland, E.A. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. En Kotch, S. (ed.). *Psychology A Study Of A Science,* Volumen 3, 423-475.
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.
Leon, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I.M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

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

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

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.

Newcomb, T. (1959). Individual system of orientation. En S, Kotch (ed.). *Psychology A Study Of A Science,* Volumen 3, 384-422.

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

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).

Portell, M., Riba, M.D. y Bayés, R. (1997). La definición de riesgo: implicaciones para su reducción. *Revista de Psicología de la Salud, 9*(1), 3-27.

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.

Rodríguez, A. y Bentancor, V. (2007). La cognición social. En J.F. Morales, M.C. Moya, E. Gaviria y I. Cuadrado (coor.). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.

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. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91* (1), 93-114.

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

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

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328-335.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates. *Health Educ.Monogr. 2*, 336-353.

Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología, 58*, 7-17.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.

Sherif, M. y Sherif, C. (1967). The own categories procedure in attitude research. En M. Sherif y C. Sherif (ed.). *Attitude, egoinvolvement and change*. N.Y.: Wiley.

Torregrosa, J.R. y Crespo, E. (1984). *Estudios básicos de psicología social*. Barcelona: Hora.

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.

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

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

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

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

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 11

La Estrategia de la prevención indicada: un problema de infraestructura

A. Ramírez de Arellano

1. **Introducción**

El modelo de intervención que se describe a continuación está diseñado para atender diversos problemas psicosociales de la adolescencia, aunque, a efectos del presente foro, se concentre en los derivados del consumo de alcohol.

El consumo excesivo de alcohol constituye un problema de salud pública de primer orden en Europa. Este consumo es particularmente grave entre menores y adolescentes tanto por su mayor vulnerabilidad a la sustancia, como por sus consecuencias a medio y largo plazo. Sobre su evolución en nuestro país durante los últimos años vienen dando cuenta las encuestas periódicas EDADES (OED, 2011), que se dirige a población general, y ESTUDES (OED, 2013) centrada en enseñanzas secundarias.

Según la última edición del EDADES, el 15,2 % de los encuestados ha consumido alcohol en forma de atracón (*binge drinking*) en los últimos 30 días, lo que significa un ligero ascenso respecto a 2009 (14, 9 %). Esta forma de consumo de «riesgo» se concentra en el grupo de adultos jóvenes de 20 a 29 años, de ambos sexos.

De la última edición del ESTUDES se desprende que no solo se consume mucho alcohol en la población escolar sino que también aumenta el consumo de riesgo. Hay una tendencia global ascendente del número de borracheras que mantiene el porcentaje de jóvenes que lo hace en niveles altos: tres de cada 10 en el último mes.

Estos datos se ven corroborados y complementados por los obtenidos en un estudio reciente en la provincia de Málaga centrado

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

en la misma franja de edad que el ESTUDES (Mora, M. B. y otros, 2014).

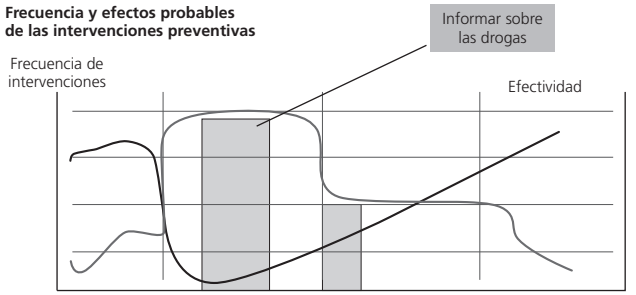
Según éste último, entre los escolares que reconocen haber bebido en el último año, la prevalencia de borracheras se incrementa a medida que aumenta la edad; mientras que el 45,4% de los jóvenes de 14 años reconoció haberse emborrachado alguna vez en los 30 días previos a la realización de la encuesta, este porcentaje ascendió al 77% entre los jóvenes de 18 años. Con respecto al binge drinking*, el 54,4% de los estudiantes reconoció haber consumido 5 o más copas/vasos en un intervalo aproximado de dos horas durante el mes previo a ser encuestado.*

El estudio ha incluido preguntas que permiten analizar el índice AUDIT (OMS, 2001) de los que reconocen haber bebido en el último año y se puede concluir, que un 75,4% representa a consumidores de menor riesgo, frente a un 20,8% de consumidores de alto riesgo y un 3,9% de consumidores con un patrón de consumo claramente perjudicial y/o dependiente.

Si tenemos en cuenta la demora en la solicitud de primer tratamiento por problemas derivados de esta droga (a veces décadas) y el hecho de que la consolidación de un patrón de uso problemático o dependiente suele comenzar en la adolescencia, parece obligado preguntarse: ¿Qué hacer con los adolescentes con consumo de riesgo, problemático o dependencia?

2. **Oferta y demanda de servicios preventivos**

Para contestar a la pregunta podemos comenzar por describir los servicios preventivos de que disponemos y comprobar si se adecuan a las necesidades de la población objeto de intervención. En caso afirmativo, hacer lo posible por consolidarlos o generalizarlos y en caso contrario adaptarlos o rediseñarlos.



Fuente: Cuadro tomado de Burkart (EMCDDA, 2012).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Según el análisis de G. Burkhart del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2012), los programas de prevención en Europa se caracterizan por mantener una relación inversa entre frecuencia y eficiencia. Los de prevención *universal* (dirigida a la totalidad de la población) y los de prevención *selectiva* (dirigida a *grupos* con factores de riesgo por encima de la media) son los más abundantes pero con menos perspectivas de éxito; mientras que los de prevención *indicada* (dirigida a *individuos* que acumulan factores de riesgo) y los de prevención *ambiental* (orientada a la modificación del contexto físico, económico, legal, social o virtual) son los de mayores expectativas de éxito, pero los menos frecuentes.

Esta situación se corresponde bastante con el resultado del análisis DAFO realizado por la UPS de la Diputación de Huelva sobre la situación de los programas de prevención en la provincia, en el que se encontraron tendencias similares a las descritas por Bukhart:

> «La mayoría de las iniciativas identificadas en la provincia de Huelva se pueden clasificar dentro de los niveles de prevención denominados universal y selectivo. Los programas incluidos en el nivel de prevención indicada son más bien escasos y, aunque existen algunos como el programa Guía dirigido a menores, o el derivado de las sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública, hay que reconocer que los servicios públicos no se han caracterizado por desarrollar una política activa de detección y atención precoz dirigida a jóvenes y adolescentes. El nivel de prevención ambiental tampoco está muy desarrollado en la provincia a excepción de algunas iniciativas municipales y el proyecto de universidad saludable de la UHU. Si bien es verdad que deberíamos incluir en este nivel las medidas derivadas de la llamada ley antitabaco del 2011 y las sanciones administrativas por consumo de drogas en vía pública que tienen un carácter estatal.
>
> Como resultado del mismo análisis también se ha podido detectar la falta de un órgano encargado de la planificación y la coordinación del conjunto de la oferta preventiva de la provincia dependiente de distintas administraciones y de diversos sectores» (UPS, 2014).

Cuadro de planes y programas preventivos presentes en la provincia de Huelva

Por otra parte, como resultado del análisis de las intervenciones preventivas llevadas a cabo por los municipios españoles durante las dos últimas décadas (GID, 1993, 1997; Ramírez de Arellano, A., 2002; Atenea, 2013), así como del asesoramiento directo de muchos planes municipales, se obtienen una serie de conclusiones que pueden arrojar luz sobre el por qué de la situación descrita por Burkhart y confirmada en la provincia de Huelva.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

PLANES/PROGRAMAS PREVENTIVOS PRESENTES EN LA PROVINCIA DE HUELVA

ADMINISTRACIONES/INSTITUCIONES PÚBLICAS

NACIONALES

AYUNTAMIENTOS

- Convocatoria de ayudas para la financiación de actividades a desarrollar por las corporaciones locales en materia de juventud (FEMP)
- Convocatoria viajar por Europa (FEMP)
- Ciudades ante las drogas
- Convocatorias para entidades locales para programas preventivos procedentes del Fondo decomisados (PNSD)
- Convocatoria ayudas puesta en marcha Programa «Servicio Responsable» (FEMP)
- Concurso de Buenas prácticas Locales contra la violencia de género (FEMP)

DIPUTACIÓN

ÁREA BIENESTAR SOCIAL

- T. IGUÁLALO (Dpto. Igualdad)
- P. Prevención (UPS) Ambiental
- P. Prevención (UPS) Indicada
- P. Habilidades (SS.SS.CC.) Parentales
- P. Adolescentes (SS.SS.CC.) en Riesgo
- T. Convivencia y Reinserción (SS.SS.CC.) (Educación en valores menores)
- T. Convivencia y Reinserción (SS.SS.CC.) (Proyecto Caleidoscopio)

OTRAS ÁREAS DIPUTACIÓN

- UDP (DL)
- Nos Movemos (DL)

JUNTA ANDALUCÍA

- P. GUÍA (C. Igualdad, Salud y Políticas Sociales)
- Plan Provincial Prevención, Control y Seguimiento del Absentismo Escolar (C. Educación, Cultura y Deporte)
- Plan de Convivencia (C. Educación)
- Plan de Acción Tutorial (C. Educación)
- Plan de Atención a la Diversidad (C. Educación)
- Escuela espacio de paz (C. Educación)
- P. ALDEA (Cuidado del medio ambiente. C. Educación)
- P. atención a mujeres menores víctimas de VG (C. ISy PS)

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- P. Forma Joven (C. Educación + C. Igualdad, Salud y Políticas Sociales)
- DINO (C. Educación)
- Prevenir para Vivir (C. Educación)
- Y tú, ¿qué piensas? (C. Educación)
- A no fumar me apunto (C. Igualdad, Salud y Políticas Sociales)
- P. Alimentación Saludable en la escuela (C. Educación)
- Plan Consumo de frutas en la escuela (C. Educación)
- P. Salud Bucodental Sonrisitas y Aprende a sonreir (C. Educación)
- Por un millón de pasos (C. I. S. y BS)
- P. Educación Vial MIRA (C. Educación)
- P. evaluación oferta alimentaria C.E. Andalucía (C. Educación)

- Planes de Acción Local (C. Igualdad, Salud y Políticas Sociales)
- Ciudades ante las drogas (C. Igualdad, Salud y Políticas Sociales)

- P. GRUSE (C. Igualdad, Salud y PS)
- Prevención VIH/ITS (C.I.S. y PS)

- P. Andalucía Orienta (C. Empleo)
- No es amor, rompe con la desigualdad (IAJ + Dirección General de Violencia de Género)

MINISTERIOS

- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (art. 25.1 y 25.2 regula como infracción grave a la seguridad ciudadana el consumo y o tenencia ilícita en la vía pública, y la posibilidad de suspensión de la sanción por someterse a tratamiento de deshabituación en un centro o servicio acreditado).
- Anteproyecto de Ley para revenir y reducir el consumo de alcohol entre los menores de edad
- Plan Director para la convivencia y mejora de la seguridad en los Centros Educativos y sus entornos (M. Interior y M. Educación)
- Estrategia nacional para la Erradicación de la Violencia contra la mujer (2013-2016)
- Plan de acción 2013-2016 (PNSD)
- Proyecto ODISEA, para Centros de Garantía Social (M. Sanidad y Consumo, PNSD)

ENTIDADES PRIVADAS

INTERNACIONALES*1

- Ciudades Amigas de la Infancia
- Portal: http://www.coe.int/t/dq3/pompidou/default_en.asp (Grupo Pompidou)
- Portal: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373ES.html OEDT
- Portal: www.psicol.unam.mx/adicciones (UNAM)
- Portal:http://www.drugabuse.gov/es/en-espanol (NIDA)
- Portal: onu http://www.un.org/es/globalissues/drugs/ (ONU)

INTERNACIONALES*2

- Portal: http://preventionhub.org/prevention-update Prevention Hub (Mentor International)
- Portal: http://energycontrol.org/noticias/376-energy-control-premio-europeo-de-prevencion-de-drogas.html (Energy control)

NACIONALES

- Construye tu mundo (FAD)
- Club del buen deportista (FAD)
- Tú mismo (FAD)
- Me llamo Marcos: jóvenes y estilo de vida (FAD)
- Pasa la vida (FAD)
- Programa pedagógico adolescencia y alcohol (FAS)
- Las caras del alcohol (FAS)
- El papel de las familias (FAS)
- Hablemos de Drogas (Obra Social la Caixa)
- Tengo un mito para tí (Fundación Atenea)
- Educación para la salud y prevención de las drogodependencias (EDEX)
- Órdago (EDEX)
- Habilidades para la vida (EDEX)
- Retomemos (EDEX)
- Drogas, saber y arriesgas (F. Vivir sin Drogas)

- integracionsocial.net
- www.pre20.es (Cruz Roja)
- la indiferencia no es una opción (Cruz Roja)
- Energía Social (Repsol)
- ENAGAS (Fundación)
- Atlantic Cooper (Fundación)

*1 *2 A nivel internacional principalmente existen recursos aplicables a nivel local.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Conviene señalar que el resumen de conclusiones que se ofrece a continuación está centrado en algunos puntos débiles de la prevención porque intenta contribuir a explicar el desarrollo desigual de los programas preventivos en nuestro país. No hay que olvidar que también existen puntos fuertes (gran n.º de profesionales, elevado n.º de planes municipales de prevención, experiencia acumulada durante décadas...), y oportunidades de futuro (integración de contenidos de diversos programas preventivos, construcción de redes, nuevos y mejores métodos de información e investigación, nuevas y mejores herramientas de intervención, etc.).

1. En relación con la *prevención universal*, además de la dudosa eficacia de las medidas basadas fundamentalmente en la información, se advierte un riesgo permanente relacionado con la *cobertura y la asignación de responsabilidades*. La cuestión es si los programas llegan a la población a la que deberían dirigirse, si cubren el universo de población que da sentido a ese tipo de prevención, y si quien la ejecuta son los profesionales que tienen que hacerlo.
   La realidad demuestra que su cobertura no es universal y que demasiados técnicos locales de prevención dedican gran parte de su tiempo a impartirla fundamentalmente en el medio escolar, en el que los responsables de su ejecución deberían ser otros, ya que solo el sistema educativo puede garantizar la prevención universal en su medio. En cuanto a la función del técnico o experto en prevención, existe suficiente consenso sobre su papel complementario como: colaborador, asesor, formador… catalizador, otra cosa es que se cumpla en la práctica diaria de la prevención local.
   La cuestión central es la siguiente: ¿Qué hacer cuando no se puede garantizar la prevención universal? ¿Aplicarla deficientemente o recomendar otro tipo de intervención?

2. Al igual que ocurre en la prevención universal, existen muy buenos programas de *prevención selectiva,* el problema no reside en sus contenidos, ya que existen muchos de gran calidad, el problema suele residir en la *adecuación de fines y medios*. Para cumplir con los objetivos de una adecuada prevención selectiva hay que disponer de criterios e instrumentos adecuados para seleccionar a la población objeto de tal intervención; hay que poder medir los riesgos que se pretenden prevenir; hay que decidir qué tipo de intervención se va a llevar a cabo y quién lo hará, teniendo siempre en cuenta los medios reales de los que se dispone. También hay que explicitar cómo se va a efectuar la evaluación.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Dejar la planificación de la prevención selectiva en un determinado ámbito (una zona, un centro, un sector....) en manos de la voluntariedad de los profesionales, de los padres o de los centros que la soliciten (como desgraciadamente ocurre con cierta frecuencia) puede llevar a la incongruencia de ofrecer los programas a quien menos los necesitan (relativamente) pero más los solicitan.

3. El problema estructural de la *prevención indicada* es que *falta una red o sistema de detección precoz y atención temprana,* consecuencia, al menos en parte, de la tradicional *falta de continuidad entre prevención y asistencia.*
   Según se desprende del registro de las personas atendidas por primera vez en los centros de tratamiento, es habitual que transcurran muchos años, a veces más de una década (dependiendo de la sustancia), entre el comienzo del consumo problemático y la solicitud de ayuda especializada, remontándose el inicio del consumo problemático con frecuencia al periodo escolar. No obstante, no existe una respuesta organizada para detectarlos e intervenir precoz y sistemáticamente con esos chicos y chicas en edad escolar.
   Existe una excepción que ha cobrado cierta significación en relación con el consumo de cannabis por parte de jóvenes y adolescentes. Entre los consumidores de esta sustancia sí ha aumentado el número de inicios de tratamientos «tempranos» como consecuencia de las medidas alternativas a una sanción administrativa por consumo de drogas en la vía pública. Las alternativas a la sanción son muy variadas: van desde la realización de programas de sensibilización, socioeducativos, motivacionales hasta la realización de controles toxicológicos o de actividades a favor de la comunidad.
   Estas actividades y programas representan una oportunidad real de intervenir de forma temprana sobre el consumo problemático de cannabis y podrían extenderse al consumo de alcohol por parte de menores si se adoptaran las medidas oportunas. Estas medidas de tipo «ambiental» brindan la posibilidad de ofrecer consejo, orientación y llegado el caso, también tratamiento temprano.

4. Como se ha dicho anteriormente, la *prevención ambiental* está orientada a la modificación del contexto físico, económico, legal, social o virtual en el que las personas toman sus decisiones de consumo. Está en la misma línea que la política de la OMS dirigida a modificar *los determinantes sociales de la salud* que se-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

gún ese organismo internacional son: *las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud*. Esta visión concede mucha importancia a establecer modificaciones en el ámbito de la vida cotidiana como medio de promover la salud. Se pueden encuadrar aquí las medidas legislativas, la política de precios (en las sustancias legales), las sanciones administrativas relacionadas con el consumo de drogas ilegales en la vía pública y de drogas legales por parte de menores, etc. Este tipo de prevención se relaciona claramente con la ley antitabaco y con la que está preparando el Gobierno sobre el alcohol. También engloba iniciativas integrales como las *escuelas promotoras de salud* o la de *las ciudades saludables* El problema estructural de la prevención ambiental es su *falta de desarrollo*, como afirma Burkhart.

Por otra parte, hay que reconocer que, en general, la demanda de intervenciones preventivas se corresponde con la oferta. La demanda sigue demasiado centrada en intervenciones generalistas y puntuales; y cuando se solicitan intervenciones que se desarrollan en un periodo de tiempo más prolongado y de forma programada, se desea que sea el experto quien la imparta. Incluso cuando la necesidad se centra en un grupo de adolescentes específico o en algún alumno en particular, puede ocurrir que la demanda se manifieste en la forma de solicitar «una charla sobre drogas».

Resumiendo:

Algunos de los problemas *infraestructurales* y por tanto también *retos* de la Prevención son los siguientes:

- Problemas de cobertura e iniciativa en prevención universal.
- Dificultades de ajuste entre medios y fines en la prevención selectiva.
- Falta desarrollo de la prevención ambiental.
- No existe una red de detección precoz y de atención temprana.
- Divorcio entre la prevención y la asistencia.

En términos generales también faltan *órganos de coordinación* capaces de *ordenar, coordinar y evaluar* la oferta preventiva en el territorio, así como una adecuada *integración de contenidos de los programas preventivos* que vayan más allá del enfoque sectorial de las adicciones, (abarcando problemas de conducta, de violencia de género o de salud mental en adolescentes), estableciendo sinergias entre sistemas, redes y profesionales.

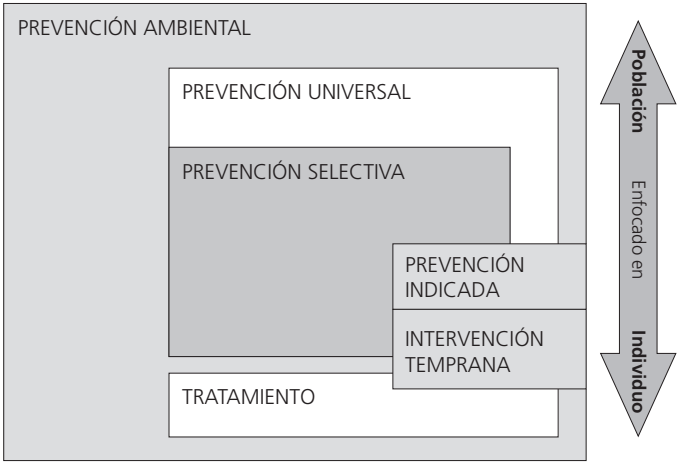
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

En la actualidad nos enfrentamos al reto de ofrecer un enfoque integral de los programas de prevención que se ofrecen a los adolescentes, acercando programas y servicios a estos ciudadanos en vez de pedirles a ellos que sean los que se adapten a los recursos.

3. **La UPS: la respuesta de la diputación provincial de Huelva**

Para hacer frente a estos problemas y retos, la Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva se plantea las siguientes iniciativas:

—PLAN PROVINCIAL DE PREVENCIÓN para ordenar, coordinar y optimizar la oferta preventiva de la provincia.
—Desarrollar UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN INDICADA, creando un sistema de detección y atención temprana.
—Desarrollar la línea de la PREVENCIÓN AMBIENTAL mediante el *programa de asesoramiento a municipios*.



Fuente: European Monitoring Center for Drug Addiction (2009).

4. **Necesidad de intervernir en prevención indicada e intervención precoz**

Durante los últimos años la Estrategia Nacional sobre drogas (2009/2016), el Plan de Acción 2013/2016 y los Planes Autonómicos vienen haciendo hincapié en la necesidad de priorizar acciones dirigi-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

das a diversos colectivos en riesgo, a menores vulnerables, así como a la puesta en marcha de estrategias preventivas de carácter selectiva e indicada. Además, proponen desarrollar la línea de la prevención ambiental mediante la elaboración de una ley específica sobre Alcohol y menores (tomando como referencia la del tabaco pero muy orientada a menores).

Concretamente el Plan de Acción de 2013/2016 habla de:

> «La puesta en marcha de un proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores en los ámbitos escolar, social y sanitario, implementando protocolos para la detección precoz e intervención con menores vulnerables. Y la creación de un proyecto coordinado de prevención para menores en situación de vulnerabilidad basado en la evidencia científica disponible».

Y el borrador del III Plan Andaluz enfatiza además sobre la necesidad de:

> «La atención a las familias de jóvenes y adolescentes con consumos problemáticos previamente identificados, para quienes se impulsará el programa de atención temprana, denominado "Programa de Información, Orientación y Tratamiento a jóvenes Consumidores y Familiares"».

5. **Dificultades para el desarrollo de la prevención indicada**

Tal y como se ha descrito, las dos *debilidades estructurales* de esta línea preventiva son la inexistencia de una red o un sistema de detección/atención temprana y, muy relacionado con ella, el divorcio entre la prevención y la asistencia. Ambas pueden considerarse como problemas estructurales o, mejor dicho, infraestructurales.

Por otra parte, cuando se trata de una estrategia preventiva personalizada dirigida expresamente a menores y adolescentes se plantean varias cuestiones previas: una, definir e identificar la conducta problema; otra, identificar a los jóvenes que deberían ser objeto de la intervención precoz, además de las dificultades propias del reclutamiento y de la adherencia al programa o tratamiento.

El hecho de que los propios adolescentes no tengan consciencia de la conducta problema, en este caso el consumo de riesgo de alcohol, no facilita su detección. Generalmente hay que saber interpretar otras señales indirectas (problemas con los padres y madres, con las normas, con la escuela, con cierto malestar subjetivo, bajada del rendimiento escolar) o, como es más frecuente, apoyarse en los profesionales, los mediadores y los familiares de su entorno.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Pero incluso cuando los agentes del entorno perciben las señales de alarma y están dispuestos a intervenir surgen determinados problemas: la dificultad de confirmar las sospechas sin contar con la colaboración del adolescente, las dudas sobre la propia capacidad para evaluar la situación y ofrecer consejo adecuado, las reticencias de la dirección del centro y de la propia familia, etc.

Si se suman todas esta circunstancias es posible que se acabe renunciando a intervenir directamente y se solicite la presencia de un especialista que imparta una charla sobre el problema en cuestión. Cuando intervenir preventivamente se convierte en la opción más difícil nos encontramos en la antítesis de la Promoción de Salud que supone «hacer más fáciles las opciones más sanas».

Esa es la situación que deberían evitar los programas de prevención indicada ofreciendo apoyo y asesoramiento personalizado al profesional o mediador a través de una estrategia que podríamos denominar como de «cuidar al cuidador», así como ofrecer herramientas y procedimientos que faciliten, por un lado, el cribado y la valoración (instrumentos de cribado) y la intervención precoz por otro (protocolos de intervención, guías de practica clínicas, materiales de apoyo, asesoramiento personalizado, formación, etc.)

6. **Algunos principios para una adecuada prevención indicada**

Enfoque de salud pública. Hay que pensar en términos de una red o sistema que pueda desplegarse en la totalidad del territorio o ámbito de influencia del programa y que sea capaz de detectar, orientar y conducir. Para ello deberá disponer de medios adecuados para la detección y la intervención temprana.

Un ejemplo aproximativo es «el sistema de detección, intervención breve y tratamiento de referencia» del estado de Nueva York cuyas siglas en inglés son *SBIRT* (*Screening, Brief Intervention and Referal to Treatament*). *SBIRT* se define como «un enfoque basado en la evidencia para la identificación de pacientes que consumen alcohol y otras drogas en los niveles de riesgo con el objetivo de reducir y prevenir consecuencias para la salud como enfermedades, accidentes y lesiones. Parte de la constatación de que el uso de sustancias de riesgo es un problema de salud que a menudo no se detecta. *Se trata de* un enfoque global e integrado de salud pública que ofrece oportunidades para la intervención temprana antes de que se produzcan consecuencias más graves. Utiliza herramientas basadas en la evidencia que hayan demostrado ser válidas y fiables en la identificación de las personas con con-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

sumo problemático o en riesgo» (http://www.oasas.ny.gov/adMed/sbirt/index.cfm).

Atención primaria (ATP) y mediadores. El Sistema tiene que ejecutarse a través de los profesionales de atención primaria, entendida en su sentido más amplio, desde los sanitarios a los servicios sociales o los educativos. El programa ha de facilitar posibilidades de formación, asesoramiento y apoyo, así como protocolos de intervención específicos para cada sector, etc.

Proactividad. No se puede mantener una actitud de espera como si se tratase de un servicio asistencial convencional. Tiene que interpretar activamente señales de alerta. Casi siempre existe cierto malestar, descontento, dificultades relacionales, bajo rendimiento, etc., relacionados con la conducta problema de las que sí son conscientes los jóvenes aunque no lo sean de la conducta problema en sí.

La accesibilidad del sistema tiene que ver con que el recurso esté disponible en los contextos naturales donde se desarrolla el individuo (niños, adolescentes y jóvenes), con la adaptación a las características de la población diana y a sus demandas (estilo, lenguaje, empatía, acercamiento a su propio contexto, integralidad, acompañamiento, imagen del recurso, etc.).

Enfoque relacional y mediador/a. La dificultad del abordaje de muchas situaciones con adolescentes tiene que ver con el modo de abordar la cuestión con el chico o la chica. El modo en que se establece la relación con adolescentes con conductas de riesgo parece ser una de las dificultades que presentan algunos profesionales habituados al trato con adultos. La relación de asesoramiento pretende mejorar la comprensión de dicha situación y puede facilitar la relación de ayuda.

Enfoque sistémico. Se trata de que el conjunto del sistema funcione de la manera más eficiente posible en materia de prevención, no de crear otro sector más u otro recurso asistencial especializado para adolescentes. Se trata de empoderar al grupo de agentes preventivos naturales y a los sistemas de ATP para que realicen su trabajo de la manera más eficiente posible. De hecho, la competencia sobre la detección recae claramente sobre la ATP considerada en cualquiera de los sectores donde se encuentre el joven (salud, servicios sociales, deportes, juventud, etc.). Respecto a la capacidad de ofrecer una adecuada valoración, indicación y derivación/acompañamiento, depende básicamente del buen funcionamiento de los servicios y de la coordinación entre ellos.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

7. **Propuesta de la UPS de la Diputación de Huelva**

Consiste en desarrollar una estrategia de prevención indicada que abarque toda la provincia de Huelva desarrollando una infraestructura de detección precoz que no existe en la actualidad.

Dicho de otra manera, se trata de desplegar un sistema de alerta (detección e intervención temprana) a través de los diferentes escenarios donde se encuentran los jóvenes y adolescentes, contando con los profesionales y mediadores de los mismos, capaz de detectar las señales de alerta, intervenir tempranamente y derivar/acompañar los casos que lo requieran a los servicios especializados. Para ello habrá que diseñar un protocolo específico para cada sector en colaboración con profesionales del mismo, procurando que sea lo más realista y eficiente posible.

Sus características generales deben adaptarse a los principios recogidos en el apartado anterior: tiene que desarrollarse a partir de la ATP, debe tener en cuenta los escenarios naturales, ser accesible, adaptarse a cada uno de los sectores, ser capaz de crear conexiones y complementariedades sin invadir competencias, adoptar un enfoque sistémico de la prevención (no crear otro sistema de atención más). El proyecto de la UPS incluye además la detección y la atención precoz de otros tipos de problemas psicosociales no referidos exclusivamente a alcohol o a las drogas.

A pesar de las diferencias entre los protocolos de cada sector, los objetivos, la metodología, las fases de la intervención y el papel de los profesionales (de prevención, de ATP y de los servicios especializados) permanecen constantes.

Los principios metodológicos han sido desarrollados en apartados anteriores. Nos centraremos a continuación en los objetivos del programa, las fases y el papel de los profesionales.

Objetivos generales y específicos del programa

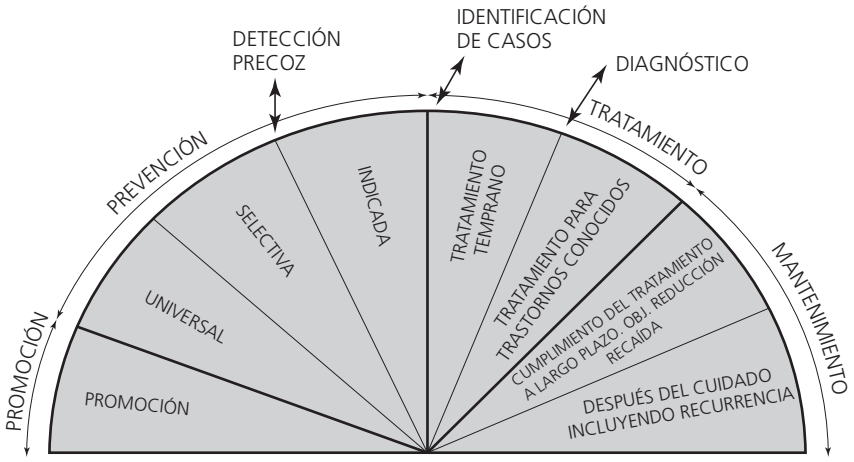
Objetivos generales		Objetivos específicos	
OG1	Elaborar un Plan de Difusión del Servicio, de sus actuaciones y de los Programas que desarrolla.	OE1	Diseñar conjuntamente con el Gabinete de Prensa del Área de Bienestar Social acciones concretas para la difusión de las actuaciones del Servicio y el Programa de Prevención Indicada.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Objetivos generales		Objetivos específicos	
OG2	Diseñar un sistema que permita conocer la evolución y dimensión del fenómeno.	OE2	Establecer un procedimiento de monitorización del programa.
		OE3	Actualización permanente de los resultados de estudios científicos sobre el fenómeno.
OG3	Asesorar, orientar, apoyar y dotar de herramientas a todo el colectivo de profesionales de las redes básicas de atención directa a adolescentes y jóvenes (o a los que se designen a tal efecto) para fortalecer su papel preventivo.	OE4	Diseñar módulos formativos dirigidos a los diversos agentes que se implican en la prevención indicada.
		OE5	Elaborar materiales divulgativos, guías de recursos y herramientas dirigidas al colectivo de profesionales de las diferentes redes.
		OE6	Diseñar modalidades de intervención colaborativa adaptadas a las características del colectivo de profesionales de cada sector.
OG4	Poner en marcha la detección precoz de conductas de riesgo y la intervención temprana a través de los profesionales de las redes básicas de atención directa, creando una red provincial.	OE7	Establecer protocolos de detección/atención/derivación en todas las redes básicas de profesionales.
OG5	Ofrecer al colectivo de adolescentes/jóvenes detectados (y sus familias) atención/intervención temprana especifica a través del grupo de profesionales de las redes básicas de atención directa, con el fin de evitar el mantenimiento de las conductas problemáticas.	OE8	Proyectos de Intervención Individualizados.
OG6	Promover cauces estables de coordinación a nivel provincial entre las distintas instituciones para rentabilizar/optimizar y reforzar el trabajo de las redes implicadas en la prevención.	OE9	Calendarizar contactos, formación, encuentros… Institucionalizar la relación entre servicios mediante convenios, protocolos conjuntos, etc.
OG7	Colaborar con los servicios asistenciales/especializados para hacer más accesible la entrada de menores y adolescentes que lo precisen o que la reciban en su medio.	OE 10	Diseñar modalidades de intervención conjunta adaptadas a las características de los servicios asistenciales/especializados.
OG8	Facilitar al grupo de jóvenes, adolescentes detectados (y sus familias) un acceso, derivación y adhesión óptimos a los diferentes sistemas, evitando la desatención de esta población.	OE11	Elaborar programas conjuntos de atención a jóvenes y adolescentes, que supongan la adaptación de los recursos asistenciales a esta población.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Fases y protocolos



Detección precoz/temprana

Esta fase supone la puerta de acceso al programa. Implica:

—Identificar específicamente la conducta o conjunto de conductas y actitudes que se pretenden modificar. Definirlas de la forma más operativa posible y hacer partícipes al grupo de agentes del sector.

—Identificar al grupo de actores y actrices clave de cada sector para realizar la detección precoz en su ámbito de trabajo. Han de ser los profesionales y mediadores/as que mejor posicionados estén respecto al joven y la conducta problema. En el medio escolar serán los tutores/as u orientadores/as pero en un servicio de urgencia es el colectivo médico. Por ello es fundamental contar con su colaboración.

—Elaborar y facilitar herramientas de apoyo y formación específicamente diseñada para que el agente del sector pueda desarrollar la detección precoz. Esta detección siempre es personalizada, ya que este nivel de prevención se dirige a personas concretas. En esta fase se pueden utilizar diversos métodos de *screening*/cribado o prediagnóstico.

Es posible que quien realice la detección sea también quien realice la intervención precoz (orientador/a), pero puede no serlo (en urgencias el médico detecta pero no interviene más que a nivel biológico y

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

en la vía pública la policía detecta y deriva), porque una vez detectado el joven se derive inmediatamente a otro servicio (servicios sociales, por ejemplo).

Atención temprana

Hay que tener en cuenta que este tipo de intervención se mueve en la frontera de dos sistemas que no siempre están conectados: el de la asistencia y el de la prevención. La primera obligación del programa de prevención indicada es que ambos sistemas estén coordinados de la mejor forma posible en beneficio del usuario. Determinados tipos de intervenciones tempranas pueden desarrollarse indistintamente en ATP o en los servicios especializados. Siempre teniendo en cuenta la gravedad de la situación, la importancia de no abandonar el contexto habitual (no producir estigmatización), la adecuación del recurso a las características de la demanda, etc. En principio parece más adecuado realizar los programas dentro del contexto habitual del adolescente, pero hay que reconocer que algunos programas vinculados a sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública, se desarrollan en centros de tratamiento y están funcionando adecuadamente.

Las posibilidades de intervención son múltiples:

- Se puede actuar fortaleciendo el papel preventivo del profesional que actúa en el medio, prestándole apoyo y/o asesoramiento personalizado para que a su vez intervenga con el adolescente y su familia.
- Se puede trabajar directamente con el adolescente y su familia en estrecha colaboración con el profesional del sector.
- Se puede ofrecer participación a profesionales de los servicios especializados para que asesoren el caso de forma presencial o mediante interconsulta. A veces es recomendable llevar a cabo una labor diagnóstica o prediagnóstica en el propio medio con la colaboración de los servicios especializados.
- Se puede contar con la colaboración de profesionales y mediadores/as de otros recursos generales o comunitarios a la hora de implementar la intervención. La intervención puede convertirse en un proyecto personalizado que se desarrolla en el contexto de una actividad de prevención selectiva y grupal.

En cualquier caso, la mayoría de las intervenciones de esta fase están dirigidas a aumentar la consciencia del problema en el chico o la chica y en su entorno, y a motivar para el cambio.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Entre las posibilidades de intervención se pueden contemplar las siguientes: consejo-orientación, intervención breve, tratamiento breve, derivación/acompañamiento, entrevista colaborativa, guías de actuación (práctica clínica), apoyo *on line*, documental y asesoramiento personalizado. Siempre con el objetivo de empoderar a los profesionales y mediadores.

Acompañamiento

Tratándose de niños y adolescentes es importante no desligar los conceptos de derivación y acompañamiento, además de incluir a la familia en el proceso desde el principio. En ocasiones todo el trabajo realizado en ATP para aumentar la consciencia del problema y la motivación para el cambio del adolescente puede desmoronarse al entrar en contacto con los servicios de atención a drogodependientes adultos.

En esta fase de la intervención el papel del equipo preventivo puede ser mucho más activo, particularmente si forma parte del mismo sistema/servicio que el asistencial.

—En algunas ocasiones supone continuar trabajando la motivación del joven para que acuda al servicio especializado.
—En otras además el técnico de la UPS gestiona la cita en dicho servicio y acompaña al joven.
—O implica gestionar un contacto previo (en el contexto donde se produce la demanda) entre el técnico del servicio y el joven.

O sea, la UPS puede facilitar la visita al centro especializado y también la visita de un profesional del servicio especializado al contexto donde se ha producido la demanda (centro escolar, por ejemplo).

Acogida en servicio especializado

La adecuada colaboración entre los servicios asistenciales y preventivos será el estímulo y a su vez la consecuencia del programa de prevención indicada, de tal manera que una parte del mismo se realice en el medio y la otra en los recursos asistenciales adaptados a las características de los perfiles y las problemáticas.

Respecto a los servicios de atención, lo ideal es que dispongan de un programa de acogida adaptado a las necesidades de esta población. Existen numerosos programas vinculados a sanciones administrativas y/o de menores vulnerables que pueden servir de ejemplo.

Algunas de las características que se recomienda tener en cuenta a la hora de diseñar los programas para adolescentes son las siguien-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

tes: evitar las listas de espera, entrenamiento en trato con adolescentes, desvincular la imagen del servicio de los aspectos más duros de las adicciones adultas, evitar en lo posible la «medicalización», disponer de una estrategia concreta de atención a las familias que incluya el manejo de la «confidencialidad limitada» por tratarse de niños y adolescentes.

También en esta fase las posibilidades de intervención son varias y deberán adaptarse a las demandas y a las características de los servicios:

- En ocasiones se dispone de recursos especialmente diseñados para menores o adolescentes.
- En otras, se trata de adaptar el sistema de acogida a las características de la población juvenil.
- Y en otras se trata de un programa realizado/elaborado conjuntamente por profesionales de ambos servicios.

Teniendo en cuenta las dificultades de adherencia que suelen mostrar los adolescentes a los programas asistenciales, podremos considerar la adhesión a estos como índice de una buena colaboración entre los servicios.

El seguimiento de la actividad de los profesionales

Garantizar una adecuada atención obliga a conocer en tiempo real la evolución del asesoramiento. Para ello se establecerá una secuencia de contactos y revisiones con el/la profesional asesorado (personal, telefónica o telemática), adaptada a las circunstancias, que garantice el flujo de información (un sistema de monitorización). También es necesario establecer un sistema que dé cuenta (registre) las intervenciones que realizan los profesionales.

Enfoques, técnicas y estrategias

Las técnicas proceden de diversas disciplinas o enfoques metodológicos, pero tienen en común los objetivos de la detección y la atención precoz de adolescentes en riesgo mediante el apoyo y la capacitación de los profesionales y mediadores que están en contacto con jóvenes y adolescentes.

De una parte habría que considerar las medidas destinadas a establecer un sistema de alerta y detección. Ahí podríamos incluir tanto las pruebas de *screening* estándar u adaptadas como los medios dirigidos

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

a mejorar la capacidad de los profesionales (ATP) en contacto con los jóvenes para interpretar las señales de alerta. De otra hay que considerar todos los medios disponibles para mejorar la intervención temprana con la población objeto del programa. Hay que incluir los enfoques dirigidos a mejorar y fortalecer el trabajo preventivo de profesionales de ATP, especialistas y de mediadores (*coaching*, *counseling*, el enfoque motivacional y el enfoque colaborativo) y finalmente los métodos o técnicas concretas que facilitan el trabajo (pruebas concretas de *screening*, técnicas de intervención breve, de tratamiento breve, protocolos de acompañamiento y derivación, modelos de interconsulta, entrevista colaborativa, adaptaciones concretas de la entrevista motivacional a los diversos momentos de la intervención, guías de práctica clínica, protocolos, etc.).

Detección precoz y *screening* o cribado

La detección precoz consiste en una estrategia dirigida a mejorar la capacidad de los profesionales (ATP) y mediadores en contacto con los jóvenes para interpretar las señales de alerta. El *screening* o cribado es un término procedente de la medicina que designa una estrategia que se aplica a una población para detectar una enfermedad en individuos sin síntomas de la misma. Los métodos de *screening* son análisis simples que se utilizan para la identificación o el descarte de patologías en pacientes. Generalmente, si el resultado es positivo, se necesita realizar un análisis más concluyente para confirmar la enfermedad (diagnóstico). En el caso que nos ocupa el cribado consiste en un breve conjunto de preguntas que identifica el riesgo de problemas asociados al uso de sustancias. No es necesario que el cribado lo administre personal médico.

Coaching

Una tarea fundamental de la prevención es devolver la confianza a padres, madres, profesionales y mediadores/as en su capacidad como agentes preventivos y socializadores. Devolver la confianza tiene más que ver con entrenar/empoderar que con informar. El *coaching* es un método de entrenamiento. La acepción del término *coaching* que maneja el programa es la de mejorar la consciencia de los propios puntos fuertes y débiles en relación con la tarea y el entrenamiento en habilidades, lo que permite una mejor administración de los propios recursos.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Counseling

Definido como el conjunto de habilidades y técnicas destinadas a mejorar la relación entre profesional y usuario ante determinadas dificultades emocionales o relacionales que puedan surgir en la intervención. Se trata de una técnica que se ha empleado para «cuidar» al profesional que trabaja con situaciones muy estresantes, en nuestro caso va dirigida a mejorar las habilidades de comunicación del colectivo de profesionales que deben tratar de forma directa con el joven/adolescente, para que pueda trabajar de forma más eficaz y además lo haga con el menor coste personal posible. Muchos profesionales de sectores como salud o servicios sociales especializados orientados al trabajo con adultos no se sienten seguros trabajando con adolescentes y, a su vez, expertos/as en el trato con adolescentes como el colectivo de orientadores, tutores, a veces, permanecen bloqueados si han de tratar temas relativos a las drogas, la violencia o el comportamiento sexual.

Enfoque colaborativo entre profesionales

Se trata de un enfoque y una técnica procedente de la orientación educativa (Montero, L., 2007). A través de la *entrevista colaborativa,* el asesor, apoya al profesional ante una dificultad con el sujeto (que es el objeto de la consulta) para que sea él quien actúe con el joven. Además, en compañía del profesional, el consultor puede intervenir directamente con el joven-adolescente y su familia si es preciso, pero siempre dentro del marco en el que se ha producido la demanda. También puede concitar la ayuda de otros profesionales (servicios sociales, drogodependencias, salud mental, etc.) a modo de *interconsulta* o de trabajo en equipo. Dependiendo del sector en el que se interviene existen modelos integrados de detección e intervención como determinados *protocolos de intervención* de servicios sociales o las *guías de práctica clínica* en salud.

Enfoque motivacional

Se trata de un modelo de intervención que pretende facilitar el cambio mediante la actuación sobre la ambivalencia que produce en toda persona la disyuntiva entre mantener determinadas conductas (aunque se sospeche que nos están haciendo daño) y la expectativa de un cambio. Sus técnicas tratan de influir sobre el proceso de cambio para que se produzca de forma consciente y voluntaria.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Este enfoque está vinculado al llamado Modelo Transteórico que describe las fases naturales por las que transcurren los cambios en las conductas de las personas. Conocer las fases, sus características y su orden habitual, proporciona un mapa para orientar la intervención dirigida al cambio. No es igual contemplar el cambio como una posibilidad remota («algún día dejaré de beber») que estar a punto de tomar una decisión («cómo puedo hacerlo»). La táctica consiste en ayudar a pasar a la fase siguiente.

Sus técnicas pueden emplearse directamente con los jóvenes en riesgo o ponerlas al servicio de los profesionales de ATP para mejorar sus intervenciones.

Intervención breve

Asesoramiento que aumenta la conciencia de riesgos y motiva al individuo hacia el reconocimiento del problema. El objetivo fundamental de este tipo de actuaciones es frenar el progreso del adolescente hacia el abuso de sustancia o la adicción. Se lleva a cabo en atención primaria.

Tratamiento breve

Se trata de una intervención dirigida a la modificación de conducta con sujetos que reconocen los riesgos y buscan ayuda. Puede realizarse en diversos escenarios. Si se llevan a cabo en los servicios asistenciales, implican una adaptación del modelo de tratamiento a la edad y características de los adolescentes, procurando no alargar demasiado la intervención y limitando en lo posible el enfoque farmacológico, para primar así el psicológico y el educativo. Se aconseja que se lleve a cabo por personal adiestrado en el trato con adolescentes y familias, etc. Pueden estar orientados a la detección a tiempo y a la corrección oportuna, pero también puede implicar una intervención psicoterapéutica breve y focalizada. Contempla a la familia en las intervenciones.

8. **Evaluación**

A la hora de establecer un sistema de evaluación de la estrategia de prevención indicada hay que distinguir por una parte entre los indicadores del despliegue de la estrategia en cada uno de los sectores: atención primaria de salud, servicios de urgencias, servicios sociales,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

recursos deportivos, de ocio y de juventud, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, sector educativo, movimiento asociativo, etc., así como la capacidad de cobertura de todo el territorio; y por otra, los indicadores de las actuaciones específicas en cada uno de los sectores señalados. Estas actuaciones constituirán programas y subprogramas que tendrán que someterse a los estándares de calidad propios de los programas de prevención basados en la evidencia (OEDT, 2011). La evaluación del diseño y del proceso está implícita en dichos criterios de calidad, solo habría que añadir la de resultados y de impacto.

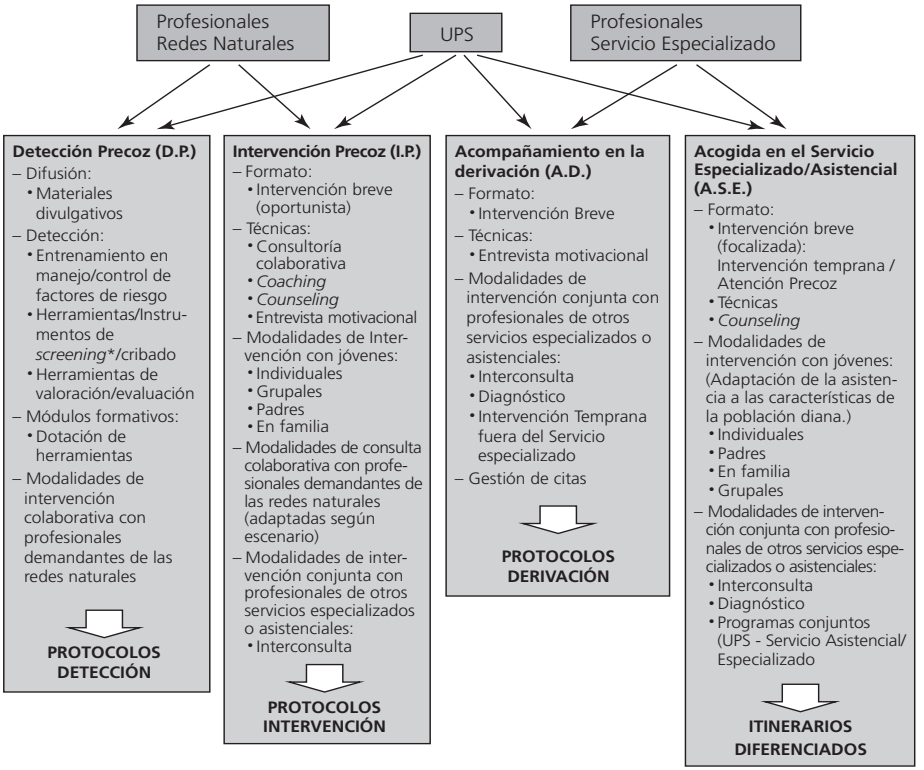
En la actualidad la UPS ha comenzado a desarrollar protocolos de actuación conjunta de forma experimental (piloto) en centros de segunda enseñanza, con la policía local de algunos municipios, con algunos servicios de urgencias de hospitales y ambulatorios costeros, con servicios de juventud municipales, con técnicos de prevención municipales, con algunos equipos de servicios sociales territoriales, con el CPD, con otros programas de prevención con implantación territorial dependientes de salud o servicios sociales, con la Universidad de Huelva, con algunas asociaciones que trabajan con adolescentes, etc.

Hay que entender que no se trata de un modelo cerrado listo para implantar, se trata de una propuesta técnica abierta que, conservando su misión, sus objetivos y su metodología, tiene que adaptarse a cada sistema y a cada colectivo profesional. Lo que en un sector se puede convertir en una «guía de práctica clínica para la detección y la atención precoz de adolescentes con consumos de riesgo» en otro se basa en el modelo de la entrevista colaborativa realizada en colaboración con el servicio de orientación del centro escolar y en otro en cómo adaptar el Plan Director de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado para que sean los propios agentes los que colaboren en la fase de detección y derivación.

Esta tarea se ve reforzada por el trabajo paralelo que se lleva a cabo con los responsables técnicos e institucionales de los diversos sectores y administraciones para alcanzar acuerdos (convenios) que allanen el camino. Asimismo, el trabajo desplegado por el programa de asesoramiento a municipios para la elaboración de sus propios planes locales de prevención también potencia el desarrollo del programa allí donde se pone en marcha.

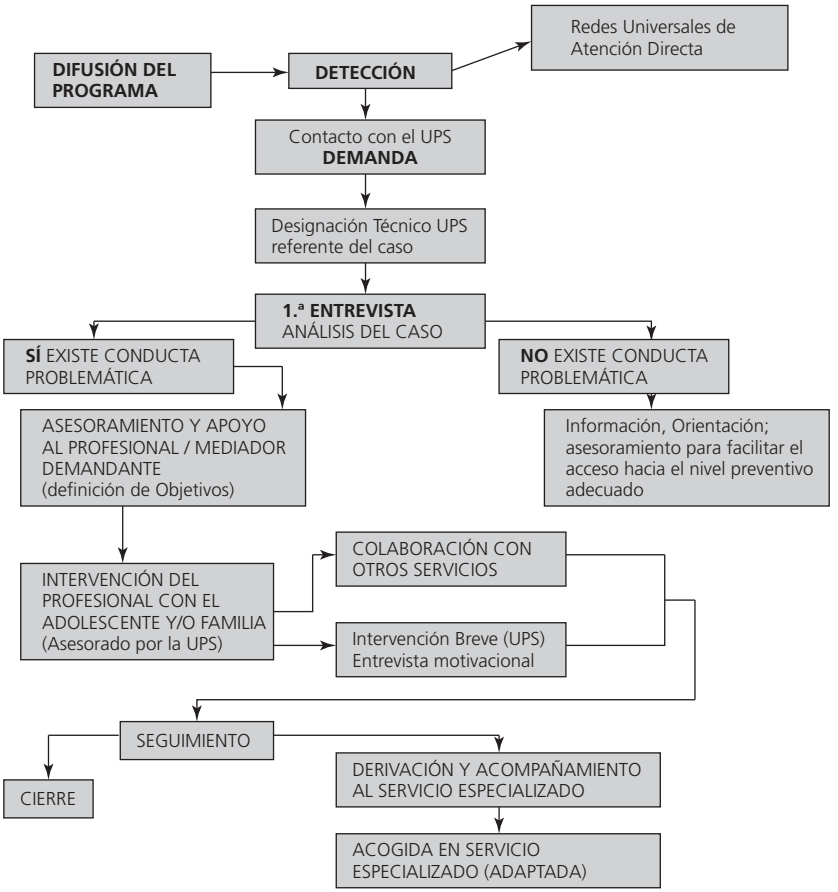
© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Actuaciones dentro del asesoramiento a profesionales y mediadores/as detección y atención precoz



© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Esquema marco de protocolo



© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Bibliografía

ATENEA (2013). *Estudio evaluación planes municipales* (inédito).

Burkhart, G. (2012). *Prevención ambiental en la Unión Europea*. http://es.slideshare.net /droguesXP/gregor-burkhart-prevencin-ambiental

EDADES (2011). http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

ESTUDES (2013). http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf

European Monitoring Center for Drug Addiction (2009). *Preventing later substance use disorder in at-risk children and adolescents.* http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2FFattachements.cfm%2Fatt_69429_EN_EMCDDA-TB-indicated_prevention.pdf&ei=6v7FVPr3Jsn4UPKdhJAC&usg=AFQjCNHBIZCUGCC2h0oJwEYriJ_drFWm2A&sig2=n4XPRo8QGFYoQuN5dJ22AA&bvm=bv.843490063,d.d24

GID (1993). *Fundamentos teóricos en prevención*, Madrid, GID.

GID (1997). *La reducción de riesgos como meta global*, Madrid, GID.

OEDT (2011). *Guía Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: un manual para profesionales de la prevención (European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals)*.

OMS (2001). http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Montero, L. (2007). http://www.ugr.es/~recfpro/rev121COL3.pdf

Mora, M.B., Ruiz Ruiz, J.J.; García Jurado, M.A.; Díaz Salabert, J.; Muñoz Bravo, C.; García Rodríguez, A. (2014). *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en escolares de municipios de la provincia de Málaga*.

Ramírez de Arellano, A. (2002). *Actuar localmente en (drogo)dependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes y programas municipales*. Madrid, GID.

UPS (2014). *La Unidad de Prevención Social, del Área de Bienestar Social de la Diputación de Huelva* (inédito).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 12

Cómo trabajar desde la clínica con adolescentes en torno al alcohol

J.A. Abeijón

Los demás nos fijan en nuestro ser

(J. P. Sartre)

1. **Algunas cuestiones para empezar a pensar**

La adolescencia es una fase muy especial en el proceso de desarrollo del individuo. El adolescente se encuentra con las drogas, y especialmente con el alcohol, de forma habitual en su medio natural, amigos, escuela, diversión. En un momento de su desarrollo ha de responder a esta cuestión: ¿Quieres tomar algo? ¿Quieres esto: tomar esta pastilla, meterte esta raya, beberte esta copa, fumarte este «canuto»…? La respuesta dependerá no solo de la información que el adolescente tenga de las consecuencias del consumo, sino de la percepción que sobre el consumo mismo tenga el medio social al que pertenece y de la conexión que se establece entre la acción de la sustancia con las necesidades personales y relacionales del propio adolescente.

El cerebro del adolescente está en pleno desarrollo, especialmente en estas áreas:

1. El proceso sináptico o de conexión entre las células del cerebro.
2. El proceso de mielinización de los axones cerebrales.
3. Además estos dos aspectos son especialmente importantes en los lóbulos frontales y la corteza pre-frontal.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

4. Y estas regiones son cruciales para las funciones cognitivas, la memoria, las capacidades de planificación y organización y la capacidad de tomar decisiones.
5. El hipocampo, otra zona del cerebro en pleno desarrollo, es muy importante para los procesos de aprendizaje.

Los adolescentes con consumos importantes de alcohol presentan:

1. Disminución de la corteza prefrontal.
2. Menor tamaño del hipocampo.
3. Peor calidad de la sustancia blanca.

Sin embargo, según los estudios de la Dra. Tapert de la Universidad de San Diego de EE.UU. (Tapert *et al.,* 2005), el cerebro es capaz de compensar los efectos del consumo de OH en exceso durante un periodo breve pero, si el periodo se prolonga, se pierde esa capacidad de compensación.

El adolescente es un explorador en el consumo de sustancias, no es un alcohólico, no es un toxicómano. Es por eso que lo importante, como diremos más adelante, es no llegar a la frontera del tratamiento.

Por otra parte, el adolescente cuestiona al adulto y con mucha frecuencia utiliza su comportamiento como forma privilegiada para exponer las cuestiones que le preocupan. El consumo de cualquier sustancia es una de esas cuestiones que van a buscar expresarse a través de determinadas formas de comportamiento no siempre problemático.

¿Cómo deben los padres responder al consumo de drogas y alcohol de sus hijos? ¿Aceptar el consumo pensando que es una etapa pasajera? ¿Bloquear de cualquier forma el consumo? ¿Compartirlo?

En nuestra práctica clínica nos encontramos con frecuencia con estas respuestas por parte de los padres.

Cuando los hijos son pequeños comparten con frecuencia los poteos de los padres, sin que los hijos beban alcohol, pero viendo a sus padres hacerlo como algo importante en sus vidas; cuando empiecen a entrar en la adolescencia buscando un espacio propio, recordarán la importancia de esos momentos y en muchos casos los reproducirán con estilos autóctonos e intentando enviar mensajes hacia el mundo adulto. Pero también cuando ya se ha iniciado el proceso adolescente con procesos de consumos de alcohol y otras sustancias vamos a encontrar ciertas respuestas del mundo adulto interesantes: Juan deja mensajes a su hijo pegados a la puerta de su habitación: «eres un drogadicto, estás jodiendo tu vida». Begoña, su madre, recoge los restos del «canuto» para tirarlos a la basura pensando que es tabaco de liar. Felipe, padre de Antonio, le recibe un día sentado en el sillón del salón diciendo: «me he comprado una muy buena "maría", ¿quieres probarla?, vamos a tomar algo».

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Debemos contestar a esta pregunta: ¿Dónde está el problema? ¿En el consumo de sustancias del hijo o en las respuestas de los padres? ¿El consumo está relacionado con la necesidad de «romper», típica de estas edades, o es un síntoma que nos avisa sobre dificultades evolutivas del adolescente con las que él solo no puede? La conducta de los hijos «resuena» en la vida de los padres sea a nivel individual o de pareja.

Juan y Claudia están mirando el álbum de fotos familiar. Comentan cómo, cuando eran jóvenes, ya hace 32 años, recorrían el país con una moto y una mochila, las fotos de los paisajes, de las acampadas, de la carretera. Su hija Sofía de 17 años entra en la habitación, se acerca a los padres, les ve contentos y les pregunta: «¿Qué hacéis?»; ellos le responden: «estamos viendo fotos de cuando tu madre y yo éramos jóvenes y hacíamos excursiones»; Sofía mira las fotos y dice: «si teníais una moto y mira sin casco»; la madre dice: «en aquella época no era obligatorio». Sofía aprovecha: «bueno eso quiere decir que para mi próximo cumpleaños puedo replantear el tema de la moto»; «ni hablar», dice el padre, «ya hemos hablado de ello»; «pero si vosotros también…», dice la hija; «no vas a comparar», dice el padre, «nosotros éramos mucho más responsables»; «ya estamos», dice la hija gritando y pegando un portazo se va de la sala. El padre no sabe qué decir y la madre se levanta y abriendo el álbum de fotos comienza a retirar un montón de páginas; «¿Qué haces», dice el padre; «quitando las fotos de nuestro viaje a Amsterdan», responde la madre.

El comportamiento de los hijos «resuena» en la historia de los padres, en ocasiones esta resonancia se convierte en sentimientos de culpa paralizadores que provocan la huida de los padres del encuentro con sus hijos, delegando en otros la respuesta y la búsqueda de soluciones. Esta huida tiene un efecto negativo, el bloqueo de los padres, pero también tiene un efecto positivo como es la creación de una Red de intervinientes que permite abrir el foco de los problemas, desde los síntomas a las relaciones, siendo así más fácil encontrar vías de salida.

El trabajo que queremos plantear en este artículo nace de la experiencia de nuestro centro de trabajo, un Centro de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud, es decir, de los Servicios Sanitarios Públicos donde han ido llegando peticiones de intervención en adolescentes consumidores de drogas y alcohol no toxicómanos, con trastornos de conducta y en sus familias, que vivían situaciones como las que acabamos de describir. Para poder trabajar con ellas se elaboró un Protocolo de intervención con adolescentes consumidores no toxicómanos y sus familias basado en la intervención psicoterapéutica grupal y sistémico familiar.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

La Intervención con los adolescentes y sus familias va a estructurarse a través de tres ejes fundamentales:

1. La terapia de grupo con adolescentes.
2. La terapia de grupo con familias.
3. La terapia familiar.

Estos tres ejes se van a complementar cuando se vea la necesidad con otras dos formas de intervención:

1. La terapia individual con el adolescente.
2. La prescripción psicofarmacológica.

Mientras que en todos los pacientes vistos se han utilizado los tres ejes fundamentales, los ejes complementarios nunca se han utilizado en una proporción mayor del 30% de los adolescentes atendidos.

2. **Cuándo se consume alcohol**

En la reflexión que ahora propongo se va a producir un encuentro entre dos contextos en torno a un problema: el consumo de alcohol.

El primer contexto lo define el adolescente consumidor de alcohol que ha generado un problema. No todos los adolescentes consumidores de alcohol generan un problema, incluso aunque el consumo sea elevado. En ese contexto nos encontraremos con el propio adolescente y sus referentes inmediatos como son la familia, la escuela y el grupo de pares.

El segundo contexto lo define el clínico, médico, de urgencias, de atención primaria o especialista, según la referencia del problema, el psicólogo, el trabajador social y/o educador especializado.

El tratamiento, se consolide o no, es un punto de partida que define una relación. Reflexionar desde la practica clínica supone reconocer la existencia de esos contextos sabiendo que la practica clínica modifica la percepción del observador, pues la pertenencia a ese segundo contexto al que hacíamos referencia anteriormente confiere unas referencias explicitas presentadas en forma de problema: «Dr. tengo un problema… con el OH» «Sr. mi hijo tiene un problema… con el OH» «…aquí llega este chico con un coma etílico». El problema es el origen del encuentro, ¿pero qué quiere decir tener un problema? Más aún, «el problema» origina una petición desde el primer contexto hacia el segundo, esa petición puede ser explicita o implícita, inducida u obligada, confusa y/o expresada de forma extraña; en todo caso es la puerta de contacto entre los dos contextos. Sin petición es muy difícil que se produzca ese contacto. La petición es necesaria para activar las respuestas

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

y la petición de una intervención se sustenta en el sufrimiento inherente al problema y que se vive, como veremos posteriormente, en el sufrimiento presente en la relación adolescente-adulto. La relación presente en esa relación se plantea desde el deseo de lo que falta y desde la necesidad del otro.

Debemos de tener en cuenta que en el adolescente se está intentando responder a estas preguntas: ¿quién soy yo? ¿cómo soy? ¿qué quiero hacer? ¿cómo y cuándo quiero hacerlo? Y además, como dice Ph. Jeammet, para responder a estas preguntas, en su proceso de crecimiento, el adolescente busca al adulto, necesita encontrarlo y no va a cesar en esta búsqueda desarrollando muchas distintas formas de búsqueda.

Cuando se plantea un tratamiento ya se han atravesado una serie de fronteras que han definido la situación de consumo de alcohol en el adolescente. En estas fronteras tenemos que tener en cuenta estos parámetros que habrá que analizar:

1. La conducta del adolescente esté o no ligada al consumo de alcohol aunque esto parezca una paradoja, ya que la conducta puede poner el acento en el consumo o no.
2. El propio consumo que podrá ser ocasional o continuado.
3. Las reacciones del contexto sobre todo las de la familia y el grupo de pares.
4. La reacción de respuesta desde el clínico.

Deberíamos decir que lo importante sería no llegar a la frontera del tratamiento, dado que una vez atravesada deberemos reconocer nuestras propias implicaciones como clínicos pertenecientes a nuestro propio contexto y con él y sus características ya estaremos modificando incluso algunas de las funciones que tiene el consumo de alcohol en los adolescentes.

Todas las encuestas mas recientes nos informan de que se esta produciendo un descenso en los datos de consumo de alcohol en la población, incluida la población adolescente, sin embargo ha aumentado la preocupación por las consecuencias del consumo en este sector de la población y se han activado las respuestas a diferentes niveles especialmente el clínico. Tres son las razones que se dan para explicar esta activación:

1. La primera se debe al aumento de la aparición de comas etílicos en las urgencias pediátricas de los hospitales.
2. La segunda es la facilidad de acceso de la población adolescente al consumo de alcohol.
3. Y la tercera es la aparición de formas exhibidas de consumo de alcohol de la población adolescente, los llamados «botellones»

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

que aparecen como *performances* hacia el mundo adulto, asociadas a estilos de consumo que buscan la rapidez del efecto del alcohol; los jóvenes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuentes consumos muy altos de alcohol en cortos períodos de tiempo (*binge drinking*) y, por tanto, aumenta la frecuencia de episodios de embriaguez en nuestros escolares, y este hecho forma ya parte de la cultura juvenil de alcohol.

Estas razones han permitido que las encuestas sean leídas desde posiciones muy matizadas.

Pero activadas las respuestas asistenciales deberíamos preguntarnos: ¿el tratamiento lo produce el adolescente con su conducta o lo provoca el adulto? Este juego de relaciones es enormemente activador y va a permitir entender las respuestas que van a originarse en los dos campos implicados en el tratamiento, en el de los consumidores, problemáticos o no, y en el de los profesionales intervinientes.

En muchas ocasiones descubrimos que el adolescente conduce al adulto al tratamiento, su problema de consumo es la ocasión para poder hablar del otro, del adulto: «Dr., aquí le traigo a mis padres para que les cure…» «ellos son los que necesitan un tratamiento, yo solo he bebido un poco este "finde"…».

El adulto resuelve algunas de sus deudas en la conducta problemática del adolescente.

El adulto proyecta su conducta sobre el adolescente problemático.

Es por eso que el tratamiento del adolescente consumidor de alcohol supone un trabajo en tres espacios diferenciados y a la vez relacionados entre sí:

1. El trabajo con el propio adolescente.
2. El trabajo con los adultos significativos para él.
3. El trabajo sobre la relación adulto-adolescente.

Como decíamos anteriormente el adolescente necesita al adulto para poder definirse a sí mismo; si no lo encuentra, no abandona su búsqueda, sino que piensa que, habiéndose equivocado en su estrategia, debe organizar nuevos caminos para encontrarle.

3. **El adolescente proceso y ¿consumos?**

La adolescencia es un periodo importante de la vida caracterizado por cambios y convulsiones en el individuo en su proceso de ingreso en el mundo adulto. Estos cambios se viven en distintos aspectos: físicos,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

hormonales y de crecimiento pero también psicológicos, afectivos, relacionales y de construcción del yo; en esta etapa se van a elaborar los procesos de autonomía y de acercamiento crítico al mundo adulto.

Los cambios se trasladan también a los grupos referenciales en los que vive el adolescente y de forma muy especial a la familia y a los grupos de pares. Estos grupos no son solo espectadores sino también agentes activos en este proceso.

Los rituales de paso escenifican estos cambios. Todas las sociedades a lo largo de su historia se han servido de determinados rituales, de forma más o menos consciente y consentida, para simbolizar el paso de una etapa a otra de la vida.

En la actualidad, para muchos adolescentes, el consumo de sustancias, también el alcohol, se ha convertido en uno de estos rituales de paso.

La mayor parte de consumidores de drogas adolescentes son «exploradores» en el consumo y no acabarán haciendo una toxicomanía. Reconocer esta diferencia no minimiza los riesgos asociados al consumo de sustancias.

El consumo de cualquier sustancia aparece actualmente como un fenómeno de gran difusión entre amplios segmentos de población. La apreciación del consumo de alcohol como la droga del mundo adulto y el consumo de derivados de cannabis en todas sus formas como la droga del mundo joven hace tiempo que ha desaparecido.

Los datos de las últimas encuestas sociológicas nos revelan características interesantes en las formas de consumo y en su significado. A pesar de que la proporción de escolares que consume bebidas alcohólicas permanece estable desde 1994 (PNSD, 2005), alcanzar el estado de embriaguez alcohólica forma parte de los rituales de ocio y diversión de los adolescentes durante los fines de semana (Pons y Berjano, 1999).

En España, según datos de la última Encuesta Escolar sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (PNSD 2012), la edad media actual de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en los 13,9 años; el 83,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol; el 81,9 % ha consumido en el último año y el 74% ha consumido alcohol en el último mes; además, el 63 % de los estudiantes de 17 años se ha emborrachado en el último año y la mitad se han dado algún atracón (5 o más unidades en un corto espacio de tiempo) en el último mes.

En el País Vasco, la edad media de inicio en el consumo es de 13,2 años, según la encuesta Drogas y Escuela 2012 (Elzo y Laespada, 2012), y entre 14 y 15 años el 50 % consume alcohol, habiéndolo probado el 80 % antes de los 18 años.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

La edad de inicio a consumos regulares es cada vez más temprana. Es un hábito extremadamente frecuente, y probablemente podamos afirmar que es la droga más consumida. Pero no es un hábito generalizado.

En lo que respecta a las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, las mayores frecuencias se encuentran entre los 14 y 15 años en todas las bebidas bajando a 12 y 13 años para el vino y el cava (Pons y Berjano, 1999).

Las prevalencias de consumo de cocaína y cannabis se han incrementado notablemente, al igual que la disponibilidad percibida, mientras que la percepción del riesgo ha disminuido (PNSD, 2005). Entre 1994 y 2004 la percepción del riesgo es menor para todas las sustancias, tanto en los consumos esporádicos como en los habituales (PNSD, 2005).

El mismo informe aparece como significativo el dato referido al grupo de edad 15 a 24 años en los casos de personas admitidas a tratamiento sobre todo por consumo de cannabis y estimulantes: «Los inicios de tratamiento específicamente por alcohol se agrupan en las franjas de edades más altas. En el caso de anfetaminas, speed y cannabis son más jóvenes (15 y 24) y en el caso de la cocaína, en los grupos de edad medios (entre 25 y 34)».

El informe «Euskadi y Drogas 2008» (SiiS, 2008), elaborado por el Gobierno Vasco, plantea los siguientes datos sobre el consumo juvenil de alcohol: la práctica habitual del botellón es relativamente minoritaria entre la población joven de 15 a 34 años, aunque esta práctica está más extendida entre los jóvenes de 15 a 19 años cuando está realizada con cierta periodicidad.

Sobre el consumo de cannabis: se constata que descienden por primera vez las tasas de consumo, aunque se mantienen en máximos históricos y crece el consumo diario, y, a pesar de que sigue siendo un consumo eminentemente juvenil, lo es cada vez en menor medida.

Con respecto a la evolución de la percepción social del consumo afirma: que la percepción de la gravedad de los consumos de alcohol, tabaco y drogas ilegales es mayoritaria y ha aumentado en los últimos años.

Esta percepción es menor entre la población joven y esta menor percepción del riesgo y gravedad se relacionan con un mayor consumo. Así mismo, dice el informe que las dos terceras partes de la población vasca considera fácil o muy fácil obtener cannabis.

Según numerosos estudios los factores familiares de riesgo que se asocian con una mayor probabilidad de consumo de drogas en los hijos son, de forma resumida, los siguientes:

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

1. La conflictividad intrafamiliar, que genera un aumento del estrés en todos los miembros de la familia y que además suele relacionarse con padres consumidores.
2. Baja frecuencia de realización de actividades conjuntas entre padres e hijos, que resulta en un menor aprendizaje de actividades sociales y un menor seguimiento de las actividades de los hijos.
3. Un estilo educativo inadecuado, caracterizado por una extrema permisividad o por autoritarismo.
4. Consumo de drogas y actitudes favorables hacia ellas en los padres.

El control y seguimiento de la conducta de los hijos es un factor de primer orden a la hora de analizar la influencia de la familia en el consumo de drogas de los hijos. Un estudio llevado a cabo en España sobre 19.191 estudiantes, de entre 14 y 18 años, encontró que el consumo de cannabis tiene una relación clara con la percepción que tienen los hijos del grado de control al que les someten sus padres cuando salen de casa.

Este trabajo se basó en el análisis de la Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas y de la percepción que los jóvenes tienen del control paterno. Las familias en las que los padres «están al tanto» de con quién están sus hijos presentan un 24,3 % de casos de experimentación con cannabis. La cifra es del 42,9 % en aquellas familias que parecen estar ajenas a las relaciones de los hijos. Esta relación inversa entre control familiar percibido y consumo de drogas se da en todas las sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, éxtasis, cannabis, anfetaminas, LSD, etc.).

Por otra parte, todos los estudios señalan la importancia de la intervención precoz sobre los casos de consumos problemáticos de drogas en general y en adolescentes en particular. Si se acorta la llamada «fase silenciosa de consumo», se pueden detectar los casos más graves, sobre todo los ligados a trastornos psicóticos y de comportamiento, evitando así, por una parte, el ingreso en fases de cronicidad y, por otra, se atajan las consecuencias del consumo a nivel familiar, escolar y laboral.

Para intervenir sobre estos casos hay que tener en cuenta dos cosas:

—Que la familia es el medio relacional donde se viven estas conductas y que la forma de actuar de cada uno de los miembros que componen este medio va a ser determinante en el significado y la evolución del problema.
—Que en algunos casos los servicios sanitarios con los médicos de atención primaria y otros grupos en relación con adolescentes a nivel escolar y social son el primer frente en el que se desvelan

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

estas situaciones y que la manera de actuación de estos profesionales va a ser determinante a la hora de elaborar un recorrido de actuación.

4. **Aproximación a la psicopatología del adolescente**

La adolescencia, por definición, significa crisis. Una crisis evolutiva que provoca conmoción en el individuo y en su entorno más cercano, en especial la familia.

Es un momento de reestructuración en la vida que permite el establecimiento de una nueva identidad, apoyándose en las primeras relaciones objetales internalizadas del individuo y verificando la realidad que el medio social le ofrece.

Es, por lo tanto, como venimos diciendo, un momento de gran inestabilidad y vulnerabilidad, pero también de enormes potencialidades.

Toda conmoción es normal en este proceso, lo anormal es que no se mueva nada, que no cambie nada. Es preferible pues leer todo conflicto, en un primer momento, en clave evolutiva en vez de en clave de patología.

Es un proceso que dura años, con fluctuaciones y con buen pronóstico en la mayoría de los casos en la medida que el individuo va elaborando duelos y adquiriendo nuevas identificaciones. Es importante hacer una lectura de proceso, a lo largo de los años, sin focalizar en situaciones conflictivas de forma inmovilista.

Es un proceso que podría resumirse en lo que A. Aberasturi (Aberasturi y Knobel, 1977) y M. Knobel llaman «el síndrome normal de la adolescencia».

La adolescencia es un proceso de duelos. La des-idealización es la condición principal y un factor determinante y necesario para el surgimiento de nuevos ideales. Tras este proceso de duelos, la adquisición de una nueva identidad se refleja en que el individuo asume un ideal del Yo propio, con el que se va a medir a lo largo de su vida adulta.

A. Lasa resume este proceso de duelos en tres apartados principales:

Duelo por un cuerpo infantil (cambios puberales; emergencia pulsional en especial la sexualidad y la agresividad; cuerpo de adulto con funcionamiento relacional de niño; imagen corporal como soporte de una identidad narcisista en un momento de máxima inseguridad interna para el adolescente).

Duelo por la identidad infantil. Ha de ir renunciando a la protección y comodidad que le ofrece la relación de dependencia de los padres, para ir adquiriendo pautas de progresiva independencia más incómo-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

das y arriesgadas pero necesarias en este proceso de crecimiento. En esta fluctuación dependencia-independencia, el individuo debe tolerar simultáneamente aspectos de niño y de adulto.

Duelo por los padres de la infancia. Des-idealización de las figuras parentales omnipotentes de la infancia y sustitución por otras figuras a idealizar. Necesidad de diferenciarse de ellas y por esto las atacan, pero con miedo a destruirles, necesitando que no se vengan abajo. Se complica si coincide con un momento también de duelos en el ciclo vital de los padres.

5. La familia como grupo social de referencia

En todas las familias debemos tener en cuenta que el sistema familia:

1. Mantiene una estructura.
2. Propone un modelo comunicativo.
3. Evoluciona a través de procesos adaptativos.
4. Mantiene un dialogo constante con el medio.
5. Y es capaz de narrar su propia historia.

En los últimos tiempos una serie importante de cambios han modificado el rostro de la familia y sus formas de interacción con el individuo y en consecuencia la manera de intervenir en los tratamientos.

Cada vez el número de miembros que constituye la familia es menor, debido al descenso de la natalidad y a que los vínculos familiares y sociales son más débiles. Se prevé, entre otros efectos, que se producirá una reducción de los vínculos y las relaciones con los familiares no directos.

Los hijos conviven durante más años con los padres, debido a la duración de la vida escolar y las incertidumbres que genera la entrada en la vida activa. Sin embargo, las relaciones familiares cotidianas son menos frecuentes, porque muchas de las actividades de los miembros se realizan fuera de casa.

La función socializadora de la familia se comparte, cada vez en mayor medida, con otras instancias como la escuela y el grupo de iguales.

Las nuevas formas familiares modifican las pautas de relación y las exigencias extra-familiares:

La reducción del tamaño medio de la unidad familiar como consecuencia directa del descenso y retraso de la nupcialidad, así como por la disminución de la natalidad, la creciente presencia de familias formadas por un solo progenitor (familias monoparentales) o familias en las que

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cada miembro de la pareja aporta los hijos/as de una anterior relación (familias reconstituidas) a las que se unen cada vez más hogares formados por una sola persona son solo algunos de los aspectos que están modificando el modelo de familia que hemos conocido hasta ahora.

La diversidad y heterogeneidad de formas familiares es la regla. La familia conyugal o nuclear, que los conservadores del siglo XIX calificaron de revolucionaria por oponerse a la familia extensa, es hoy considerada la forma tradicional de familia, todavía mayoritaria pero en claro retroceso (Del Campo, 1993).

No está emergiendo, como alternativa, un modelo único y dominante y la pluralidad de formas familiares es la regla.

5.1. *Cambios en los factores socioculturales de las familias*

Se han modificado los cometidos asignados tradicionalmente a hombres y a mujeres cuestionando los patrones de relación y las líneas de poder hasta hace poco vigentes. Las relaciones de pareja tienden a ser más equitativas y equilibradas, desplazando un modelo basado en la jerarquía que da el poder y la autoridad a los varones y en el que el hombre es el principal sostén económico de la familia por otro en el que la dependencia o subordinación de un sexo a otro no tiene cabida. La lenta pero progresiva desaparición del modelo patriarcal está produciendo una revolución igualitaria que nivela las relaciones entre los cónyuges y entre estos y sus hijos. Al desaparecer la relación subordinada de mujeres y jóvenes las familias viven en un estado de constante negociación de los derechos y deberes de cada uno (Alberdi, 2000). Se reducen las relaciones familiares a dos relaciones básicas: la que se produce entre la pareja, reforzando la conyugalidad, y la que mantienen los padres y los hijos.

5.2. *La importancia de la familia en el tratamiento de los adolescentes consumidores de drogas*

La mayor parte de los adolescentes consumidores de drogas tienen un núcleo familiar de convivencia más o menos estable que amplía enormemente las posibilidades y perspectivas de la intervención tanto en el ámbito preventivo como asistencial y de reinserción.

Muchas familias se dirigen a los especialistas con una demanda médico-farmacológica para los problemas que tiene su hijo. Este deseo de medicalización está asumido como una manera de exorcismo de la res-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

ponsabilidad de los padres: la enfermedad como «salvavidas» permite dar un aire de explicación y de normalización a un comportamiento disruptivo en la dinámica familiar.

Los padres que se dirigen a los centros de acogida tienen tendencia a querer sustituir su propio deseo de cuidar a su hijo por un trabajo para la motivación al cambio del hijo evitando así la confrontación con este.

Existen suficientes pruebas de que la participación de la familia en el tratamiento mejora considerablemente su eficacia. Cancrini (1987) habla del potencial terapéutico de la familia, «una estructura de sistema admirable y potente, con gran capacidad de ser utilizada, que bien guiada y seriamente ayudada, sabe transformar en fuerza positiva de cambio una desesperación más o menos resignada».

Estos patrones se traducen en alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y educadores, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, realizar actividades sexuales de riesgo, que pueden conllevar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Los cambios sociales y los tratamientos

«Somos deudores de nuestra historia». Esta constatación, tan presente a nivel de las realidades individuales y colectivas del ser humano, lo está también en la historia reciente del consumo de sustancias y en la evolución del abordaje de las consecuencias del dicho consumo, sea a nivel de los tratamientos tanto como de las políticas preventivas. Deudores no quiere decir obligados a repetir patrones establecidos sin posibilidades de cambio, sino, más bien, que evolucionamos en constante diálogo con una realidad que se alimenta de su historia. Al hablar de drogas hablamos de individuos y de sustancias en un contexto en constante interrelación y dinamismo, de individuos desde la mirada interna (su historia personal, la construcción de su personalidad) y desde la mirada hacia el exterior (su acción transformadora), de nuestro ser interno y de los demás contemplándolo y fijándolo en el tiempo y el espacio, en la historia.

Los modelos asistenciales en adicciones, así como la comprensión profunda del fenómeno, han evolucionado en paralelo con la percepción social del consumo de sustancias.

Los objetivos buscados en los tratamientos se solapan con las expectativas que los consumidores atribuyen al uso de sustancias.

En este proceso inter-relacional entre el afuera y el adentro es importante recuperar una constatación: la de que «el sufrimiento forma

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

parte de las experiencias del ser humano», experiencias de las que no puede escapar por mucho que lo intente. Como dice B. Vergely (1997) en su libro *El Sufrimiento*: «el sufrimiento es un fenómeno humano y un fenómeno vivo, es decir es un fenómeno del ser humano que vive. El sufrimiento tiene no uno, sino dos sentidos, el primero consiste en el dolor, dolor en el cuerpo, dolor en el espíritu, en la vida entera. Tener dolor, dolerse, es lo propio del ser vivo y sensible, que siente dolor porque está hecho de carne y hueso; porque tiene corazón es capaz de reaccionar frente a la violencia, la injusticia y la crueldad; porque aspira a existir y no solo a vivir, es decir a manifestar las posibilidades que tiene dentro de él en libertad. El segundo sentido del sufrimiento consiste en soportar. Tener paciencia cuando la enfermedad, los *handicaps* físicos o la inminencia de la muerte aparecen, con lo que conlleva de dolor, de dificultades en las cosas más simples de la vida, en la angustia; resistir a la adversidad, a los conflictos, a las rupturas y a las pérdidas, a la violencia sin caer en la tentación de responder con más violencia. En definitiva, a asumir la prueba del tiempo y de la vida».

Modificar la experiencia del sufrimiento forma parte de la vida cotidiana. El consumo de drogas puede convertirse para muchas personas en una forma de enfrentarse a la experiencia del sufrimiento, controlarlo, acallarlo, desviarlo… Pero la gestión del sufrimiento no es la única forma como se presenta el consumo de drogas, la otra es la reivindicación de lo lúdico, la droga en el espacio del placer.

La reivindicación de lo lúdico expresa la necesidad de búsqueda de una forma amable de afrontar la realidad. La realidad, la búsqueda del bienestar y la lucha contra el sufrimiento son algunos de los grandes ejes que organizan la existencia del ser humano.

La percepción individual y social del consumo de drogas se nutre de estos ejes.

Desde la presentación de la droga, «el pharmakon», en las sociedades primitivas bajo la forma ritual de lo sagrado, de lo divino, hasta la experiencia en nuestras sociedades del vacío, de lo que nos falta y de lo que tiene que llenar el vacío, algo que puede ser una sustancia, que es vivida como una pasión, que se consume y nos consume.

Parafraseando a M. Foucault (1976) cuando habla de la locura, hay en el ser humano moderno una constatación: que el consumo de cualquier sustancia de forma más o menos continuada es una experiencia de la que el hombre sale sin ser el mismo que ha entrado.

Cuando se ha producido una petición de ayuda, elemento clave y necesario a la hora de intervenir con el paciente, para afrontar las raíces y las consecuencias de la experiencia del consumo mantenido de una sustancia, se afronta, en la relación entre el sujeto y su terapeuta,

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

la experiencia de lo obtenido y del vacío, del bienestar (¿placer?) y el sufrimiento. El consumo de alcohol y/o otras drogas debe leerse como una conducta, un mensaje del individuo que nos comunica elementos esenciales de sí mismo y su contexto. Como nos lo dicen los estudios recientes, las raíces genéticas y neurofisiológicas están presentes en la conducta del consumo de drogas, aún así esta conducta se expresa como un comportamiento con consecuencias para el individuo y para su medio relacional inmediato y lejano.

La posibilidad de interferir en los mecanismos relacionales modifica de forma muy importante el significado y la evolución de la conducta de consumo de drogas. Esto es la terapia, la capacidad de organizar y estructurar determinadas interferencias de forma consentida por el terapeuta y el paciente.

Las terapias se organizan en intervenciones complejas que viven en la dualidad de la necesaria *intensidad* de la intervención continuada y la búsqueda de una *causalidad* en programas diversificados y cambiantes.

Las expectativas sobre la evolución de las intervenciones en los tratamientos vive la tensión de estas dualidades: «sufrimiento y bienestar», «vacío y pasión», «intensidad y causalidad», «abstinencia y mejora de la calidad de vida». El desarrollo profesional de los responsables de los programas de tratamientos ha captado de forma privilegiada la tensión existente entre el individuo consumidor de drogas y la percepción social del consumo.

La demanda de tratamiento

La demanda se sitúa como punto primordial del trabajo de un equipo de profesionales que van a ver en ella el punto de encuentro entre dos sistemas:

- —Por una parte, aquel que pertenece al conjunto de relaciones en el que el consumo se manifiesta y desde donde se realiza la demanda.
- —Por otra parte, aquel otro que desde su capacidad de escucha y su preparación profesional pretende elaborar una respuesta eficaz.

La demanda se ha descrito en ocasiones como un juego interrelacional basado en trampas a sortear en la relación, como pruebas que el demandante propone a su interlocutor. Dependerá de la destreza de este para sortearlas, la posibilidad de establecer unas relaciones que permitan el cambio o bien perpetuar el conflicto y los síntomas.

Caminamos hacia un proceso de mayor complejidad, dado que cada vez son más los intervinientes en la demanda de tratamiento y

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

cada uno tiene necesidades propias, este cruce de expectativas y necesidades puede crear incluso patologías que influyen en el pronóstico final del tratamiento.

Cada uno de los intervinientes señalados aporta su característica especial a la propia situación, pero sobre todo crean especificidades en la petición de tratamiento que habrán de ser tenidas en cuenta por el profesional que como hemos dicho anteriormente está condicionado también por su propio contexto.

El contexto aparece confuso e indeterminado. ¿Quién está más interesado en que los problemas se resuelvan? ¿El médico, el paciente, la familia, el juez...? ¿Qué hay que ser para resolver los problemas: médico, asistente social, psicólogo, controlador de conductas...? ¿Se puede decir todo lo que se conoce?

Esta confusión hace que se presente la demanda como un juego de poderes, como una relación entrampada en alguna de sus características que es necesario aclarar antes de iniciar propiamente un tratamiento.

Si no tenemos en cuenta ese aspecto, el terapeuta o el interviniente dará respuestas construidas en tiempo y espacio del propio consumo, es decir, en tiempo y espacio distorsionado.

Ante un paciente que nos llega con una demanda inmediata y urgente para un problema con varios años de historia, la solución —por lógica— no es inmediata sino a largo plazo porque son muchas las cosas que hay que reordenar y encajar. El terapeuta se mueve en su respuesta en las dimensiones de tiempo del propio paciente, proponiendo soluciones rápidas e inmediatas, que abarcan únicamente el aspecto sugerido por él: «estoy nervioso», «quiero algo ya», dejando a un lado aquellos otros elementos que para él mismo son difíciles de asumir.

Es importante que desde el inicio se presente el programa de tratamiento como una oferta integrada de los diferentes recursos existentes, que va a intentar abordar todos los aspectos de la problemática presentada ajustándolos a cada caso, incluso aunque solo podamos ofrecer un aspecto parcial de todo el proceso.

Es cierto que el terapeuta no va a poder abordar todos los aspectos y va a necesitar recurrir a otros servicios y a otros profesionales para ir completando el proceso; pero sí, en esta primera parte de la relación con su paciente, se presenta con claridad el hecho de que estamos ante un proceso largo. Esto cambiará el estilo de la relación, sabiendo que el proceso puede sufrir toda clase de incidentes, pero que, a pesar de todo, si el paciente quiere, se puede ir desarrollando toda la evolución de su tratamiento como se desenrolla una larga alfombra y que, si él está dispuesto, también cada uno desde su propio espacio estará

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

preparado para acompañar el conjunto de situaciones que se puedan acompañar.

El tratamiento psicofarmacológico en adolescentes consumidores de alcohol:

1. Hay que diferenciar la intervención urgente cuando se produce una intoxicación aguda que se resolverá sobre todo en el hospital, de un tratamiento de mantenimiento que se resolverá sobre todo en contacto con el médico de atención primaria o en un centro especifico de salud mental.
2. El tratamiento de un proceso agudo es específico de la patología alcohólica.
3. El tratamiento farmacológico de mantenimiento en adolescentes con problemas de consumo de alcohol se plantea más como un tratamiento dirigido al control de los impulsos.

Adolescente, adulto, familia, formas de consumo de alcohol y otras sustancias pueden conducir a iniciar un tratamiento en el cual, como hemos estado viendo, la complejidad es la regla. Es una complejidad creadora de espacios de intervención ricos en sugerencias y con necesidad de respeto de las diferentes áreas de cada uno de los elementos implicados en esta conducta, incluyendo los componentes neurofisiológicos y la posible necesidad de un tratamiento psicofarmacológico, y que es al mismo tiempo comunicación de procesos importantes en el desarrollo del individuo y sus contextos, especialmente la familia.

Bibliografía

Abeijón, J.A. (1986). *Rev. Comunidad y Drogas*, Madrid.

Abeijon, J.A. (1987). «Los sistemas en la demanda del toxicómano», en *Comunidad y Drogas*, Monografía n.º 1.

Aberasturi, A. y Knobel, M. (1977). *El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico.* Buenos Aires: Editorial Paidos.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (1998). *L´Adolescence aux mille visages.* Odile Jacob, París.

Camacho, J.M. y otros (2001). *La familia y el tratamiento con drogodependientes en los países de la Europa Meridional*. Itaca.

Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Roma.

Cancrini, L. (1996). *La psicopatología de la drogadicción: una revisión*. Itaca, Madrid.

Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en las máquinas* voladoras. Nueva Visión, Buenos Aires.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Cancrini, L. y Mazzoni, S. (1993). *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*. Grupo Igia, Barcelona.
Cirillo, S. y otros (1999). *La familia del toxicómano*. Paidós, Barcelona.
Foucault, M**.** (1976). *Histoire de la sexualité, volume 1. La volonté de savoir*, París.
Gallimard (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique - Folie et déraison*, París, Gallimard.
Goldstein, A. (1999). *Adicción*. Ediciones de Neurociencias Barcelona.
Grup Igia (1993). *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*. GID. Madrid.
Informe «Euskadi y Drogas 2008», Gobierno Vasco.
Jeammet, Ph. (2007). *La souffrance des adolescents*. Paris, La Decouverte.
Jeammet, Ph. (2010). *Evolution des problematiques* â l´adolescence: l´emergence de la dependence et ses aménagements. Doin Rueil-Malmaison.
Jeammet, Ph, (2010). *Pour nos ados soyons adultes*. Paris, O.Jacob.
Laespada, M.T. y Elzo, J. (2012). *Drogas y escuela VIII*. Universidad de Deusto, Bilbao.
Morin, E. (2004). *La Méthode 6 Éthique*, Senil, París.
Olievenstein, C. y Parada, C. (2002). *Comme un ange cannibale, drogue, adolescents, société*, Odile Jacob, París.
PNSD (2005). Encuesta escolar sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. PNSD. En: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf
PNSD (2012). Encuesta escolar sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2012. PNSD. En: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf
Pons, J. y Bejarano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social.* Madrid: PNSD.
Sánchez, M.L. y Carron Sánchez, J. (1998). *Trabajo grupal con padres y madres en drogodependencias*, Grupo interdisciplinar sobre drogas, Madrid.
SiiS (2009). *Euskadi y drogas 2008.* En: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenido/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/adjuntos/Euskadidrogas2008.pdf
Tapert, S.; Caldwell, L. & Burke, C. (2005). «Alcohol and the Adolescent Brain. Human studies», *Alcohol Research & Health.* Vol. 28, No. 4, 2004/2005.
Vasse, D. (1978). *Le pois du reel, la soufrence*, Senil, París.
Vergely, B. (1997). *La Souffrance*, Folio Essais, París.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 13

¿Y si el adolescente no bebe?

M. Hernanz

Objetivo

Plantear una reflexión sobre el consumo de alcohol. Hay chicos que buscan de manera activa su consumo, siendo bueno cualquier lugar o momento. Otros se dejan llevar por el grupo al que pertenecen o por su entorno bebiendo cuando la ocasión lo merece y otros por el contrario deciden no beber.

Es imprescindible mencionar antes de comenzar esta reflexión algunas palabras sobre los dos pilares previos en los que se basa esta cuestión. La familia y la sociedad y el propio desarrollo del joven y del adolescente. Voy a dar por ello unas pinceladas sobre mis impresiones y opiniones sobre estos dos pilares. Ambos están y son tan interdependientes que no se puede hablar de uno más que de otro. El joven y el adolescente están conformados en base a la familia y también en base a su propio desarrollo evolutivo en el que inevitablemente vuelve a estar presente la familia (y por extensión la sociedad).

La adolescencia

En mi opinión, la personalidad del joven y adolescente se ha ido estructurando a lo largo del desarrollo, a través de las relaciones que ha ido estableciendo con sus seres cercanos, influenciada también

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

por componentes más temperamentales. El adolescente ha debido de ir superando distintos retos a lo largo de su desarrollo y algunos de ellos pienso pueden estar implicados directamente en el consumo del alcohol.

Algunos retos a superar en la adolescencia:

—El *control de sus impulsos.* Este control le permitirá contenerse y no hacer aquello que no quiere hacer. Si este control falla nos podemos encontrar con adolescentes que utilizan el alcohol como desinhibidor de la conducta.

Ej. Hacer lo que no se atreve. Un adolescente nos comenta que cuando se bebe puedes hacer muchas más cosas, si no es como ridículo, te pones a bailar y te da mucha vergüenza.

—El deseo de obtener el *máximo de satisfacción.* El adolescente ha de tener un entrenamiento que le permita ser consciente de que no se puede obtener siempre el máximo placer, que hay cosas que no se logran sin esfuerzo y que incluso la diversión hay que «trabajarla». Ha de aprender a ser capaz de tolerar un monto de instatisfacción.

Ej. El adolescente bebe hasta que el cuerpo aguante esperando el máximo de satisfacción.

—El deseo de ser como todos o *el miedo a diferenciarse.* Sus problemas o mejor dicho su necesidad de identidad, le hace pasar por una fase en la que se mimetiza con el grupo, es o quiere ser como todos, no solo en el lenguaje ni en las vestimentas, sino también en la acción.

Ej. Todo el mundo bebe. Cuando vamos a la discoteca bebemos todo lo que podemos en el parking y así hacemos muchas risas juntos.

—*El deseo de diferenciarse* (que convive con su opuesto). «Soy como todos, pero a la vez soy único». No es raro ver al adolescente vestido como su grupo de referencia, pero asegurando que él viste como quiere.

Ej. Soy el único que hace o que toma.

—El deseo *de constatar sus capacidades* para demostrar al mundo de lo que es capaz de hacer (aunque antes se lo ha de demostrar a sí mismo).

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Ej. «Soy el que más aguanta». Un adolescente nos habla sobre cómo para poder soportar el sufrimiento lo que hace es «ver pelis de miedo para poder dormir y beber alcohol para poder pasarlo bien». No habla de cómo su tolerancia al alcohol es cada vez mayor y cuando le preguntamos que hace el fin de semana nos responde «beber, beber y beber, ¡qué triste!, ¡soy un borracho!». Hay que señalar que es él quien acaba llevando a sus amigos a sus casas.

Reflejo en el siguiente extracto un momento de un grupo de adolescente en el que tratan la cuestión que mencionamos:

En un grupo de adolescentes hablan sobre lo que han hecho el fin de semana, sobre sus horarios y las normas que sus padres les exigen que cumplan. «Yo tengo que volver a las 2 de la madrugada», dice uno; el otro dice que para eso él no sale que él se pasa toda la noche borracho; se define como un borracho, «así hago risas y nos lo pasamos bien». Otro dice «no entiendo como tenéis que beber para pasarlo bien, yo me lo paso muy bien y no necesito beber».

La familia

Hemos de conocer la organización de la familia. Incluirla al ver al paciente nos va a permitir disponer de una buena información y consecuentemente poder diseñar una buena comprensión de la situación y un buen proyecto de intervención.

Entendemos la familia como la estructura continente, organizadora y catalizadora de la personalidad del adolescente. Y que cuando esta observa un consumo excesivo de alcohol, y es mínimamente sana, acude a los centros de salud con el objetivo de poder frenar ese consumo y evitar una dependencia mayor.

Es muy frecuente que la familia sea en el caso de los jóvenes y adolescentes la portadora de las preocupaciones y malestares. Aunque sabemos que estos no coinciden con las preocupaciones ni malestares de los jóvenes.

¿Cuáles son las formas de solicitar consulta?:

1. Lo más frecuente es que los padres soliciten consulta porque han observado ese consumo. Aunque no de forma directa si han visto llegar a su hijo en mal estado a casa. En estos casos pensamos en un familia sensible a las conductas de su hijo, preocupados por su bienestar y equilibrio psicológico.

«Últimamente está cambiado, ha llegado a casa en mal estado, dice que le ha sentado mal la cena pero vemos que lo que le ha sentado mal es la bebida».

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

2. Por obligación ya que han sido instados a ello bien por la policía, el juez o el medio escolar. En estos casos nos preguntamos por qué ellos no han detectado ese comportamiento adictivo.

«Nos llevamos una gran sorpresa, él siempre ha llegado bien a casa; debe ser que se juntó con unos que le ofrecieron y él no rechazó y mira que se lo tenemos dicho!»

3. Por propia iniciativa. Poco frecuente pero esperanzadora al haber esa conciencia de trastorno tan importante para poder confrontar un cambio.

El joven nada más verme quiere asegurarse que mantendré la confidencialidad; cuando se lo aseguro, comienza su relato: «se me está yendo de las manos, ahora hay muchas noches que no sé que ha pasado; el otro día debí de montarla en la lonja, me dijeron que me lié a romper cosas. Cuando me lo dijeron me marché, me daba vergüenza. Creo que se me está yendo la pinza. ¿Uno se puede volver psicótico por esto?, he empezado a pensar cosas muy raras».

4. En otras ocasiones lo que nos llama la atención es la no-consulta. No hay una preocupación, porque según relatan textualmente «bueno, bebe» o «viene bebido, pero ya sabe cómo son y que hacen los jóvenes hoy».

Hemos llegado a ver casos en los que los padres comparten el alcohol con el menor como una manera de, según nos dicen, «mejorar las relaciones con él».

La familia, el desarrollo y el consumo

Si planteo así la cuestión, hablando de estos dos pilares, es porque creo que no se puede considerar el hecho de beber o no beber alcohol como algo aislado, sino que hay que incluirlo, por un lado, dentro del contexto de la familia, y por extensión de la sociedad y, por el otro, con el hecho evolutivo en sí mismo.

La cuestión de la familia/sociedad, es una cuestión básica. El consumo de alcohol está tan bien integrado en el diálogo social que hasta hace poco no se ponía en cuestión ni su consumo ni su acceso entre los más jóvenes. En realidad, muchos de los pacientes que acuden a consulta nos hablan de cómo el beber es una decisión que mayoritariamente se da por buena en la mayoría de los jóvenes y eso plantea problemas a los que no lo hacen.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Ahora la campaña tolerancia cero empieza a aplicarse también en este ámbito (hemos pasado de permitir ciertas conductas peligrosas a exigir su extinción).

Termino las pinceladas sobre las interacciones familia/sociedad/edad para entrar en otro aspecto fundamental. El consumo de alcohol entre los jóvenes y adolescentes, creo que ha de ser visto desde una perspectiva de *proceso*.

El consumo visto desde una perspectiva de proceso

Introduzco el término de proceso para poder responder a una pregunta interesante. ¿Todo esto, el consumo, ocurre solo porque ha llegado a la edad de beber o tiene que ver con algo más? Es decir, ¿podríamos de alguna manera ver los pródromos del consumo?

Voy a resolver la cuestión rápidamente. En mi opinión, el consumo no es un comportamiento repentino, sino consecuencia de un modo de afrontar situaciones, frecuentemente tan bien integradas en la sociedad que apenas se dejan ver.

Podemos ver la irrupción del consumo de OH como la irrupción de una tormenta de verano una tarde tranquila y soleada, que ha llegado sin avisar y sin que nos diera tiempo a prepararnos. Sin embargo, para el meteorólogo, es algo que tiene una historia, se ha ido formando y casi hasta nos podría decir, «era evidente». Vemos que para el experto había indicios suficientes para estar prevenidos.

Con los consumos de alcohol, creo que podemos utilizar la misma observación, habrá quien diga «es como una tormenta de verano, viene porque sí y ya está! Así que, si tienen un hijo adolescente prepárense!»

El consumo de alcohol, en mi opinión, puede y debe ser considerada como una conducta que intenta resolver una inquietud y que está basada en una experiencia o relación previa y en una personalidad concreta.

Veamos un ejemplo:

—Un niño, ante una pesadilla o un miedo nocturno, busca rápidamente una salida que le ayude a aliviar ese miedo, tensión insoportable o incertidumbre. Por ejemplo, el niño tiene miedo a dormir en su cama solo, correrá a la cama de los padres en busca de esa tranquilidad deseada.

—Otro, ante esa pesadilla o temor que le invade se quedará en su cama gritando y pidiendo ayuda, espera que vengan a socorrerle y que le alivien de ese malestar que le ha invadido.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

—Por ultimo, podemos ver cómo esa misma fantasía o pesadilla, a otro niño, le deja paralizado en su cama, le deja inmóvil, sin pedir ayuda.

Vemos como un mismo hecho genera tres tipos de respuestas diferentes y cómo la respuesta solo puede ser entendida en función de aspectos más profundos que el puro comportamiento. Parece evidente que responde al carácter o al temperamento de cada uno de los niños y este como hemos señalado anteriormente ha sido forjado en una sociedad, en una familia y con unos adultos de referencia.

Sirva este ejemplo para plantearnos las preguntas: «¿Todos los chicos que beben lo hacen por los mismos motivos?, ¿El beber o no beber determina la existencia o no de la problemática?»

Comprensión de la acción de consumo

1. «Soy mayor, luego bebo».
   La acción de beber, por volver a nuestro tema, podemos entenderla como una *respuesta hacia adelante* en la que el joven y adolescente dice algo así como:

   — «Ya soy mayor».
   — «quiero demostrar a mis iguales que soy mayor».
   — «quiero hacer algo que me va a ayudar a ser o estar mejor».

   Estos casos podríamos agruparlos bajo el enunciado «*soy mayor, luego bebo*». En estas situaciones, los adultos nos hemos de plantear algunas cuestiones:

   — Para llegar a esta situación, el adolescente ha recorrido un gran camino (lo mismo que la tormenta de verano ha supuesto una gran evolución meteorológica). Nosotros lo llamamos «proceso identificatorio»: el que antes era niño ha ido viendo en el sentido más literal la manera de estar, resolver, compartir momentos de sus adultos a través del consumo. Hablar a través del zurito o de «la copa». Si la ocasión lo permite, incluso al niño se le da el «mosto» para que no dé «la brasa» y calmar así las intranquilidades que tiene (aunque igual quien las tiene es el adulto y no el niño).
   — Desde los momentos más infantiles hasta la adolescencia va a ver a través de las imágenes sociales diferentes soportes para poder afianzar esa identificación. Desde el «necesito un

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

trago Jack» ante el reto o la frustración hasta el inevitable brindis cuando hay buenas noticias.
— Es interesante reflexionar sobre cómo el adolescente reactualiza sus identificaciones infantiles aprovechando los signos y marcas de la sociedad en la que se encuadra.

2. «No quiero ser mayor, no bebo».
En otras ocasiones la conducta no es hacia adelante, sino hacia *atrás.* Ante los retos el adolescente, recurre a conductas o a situaciones emocionales que no le permiten un desarrollo adecuado: «*no quiero ser mayor, no bebo*».
La respuesta del adolescente, aunque no se manifiesta en algo activo, no deja de ser una acción, la de «no hacer», la inhibición es una expresión comportamental.

— El adolescente ve la vida adulta como demasiado compleja y «peligrosa», no quiere acceder a ella, ni a todo lo que puede ser entorno.
— No quiere acercarse al alcohol, tampoco al grupo de amigos que sale a la calle los fines de semana y que se acercan a la discoteca. En realidad nada, que le suponga un riesgo de romper o desequilibrar eso que tanto le ha costado conseguir.

¿Cuáles pueden ser los sentidos del No beber?

— Hay un intento de solución que es la de intentar adormecer todas sus inquietudes (no me apetece es el equivalente a no me atrevo).
— Puede ser un intento de no enfrentamiento para no sentir la frustración o no constatar la insuficiencia.
— En otras ocasiones el intento es buscar la intervención del adulto para que le cuiden (no dejarle salir).

3. «Renuncio a beber».
Cabe otra posibilidad que es la de «*renuncio a beber*». El adolescente tiene la bebida como una opción y ante ella ha de tomar una decisión. Hay una decisión que nos parece muy extraña y ¡esto es significativo! Puede renunciar a beber.
Previamente ha tenido que hacer una serie de valoraciones. Un juicio sobre la conveniencia o no, sopesar sus ventajas e inconvenientes. En ese juicio puede de forma sana decidir que no quiere beber de la misma forma que ha decidido no agredir a los más pequeños o no robar. El mecanismo psíquico es el mis-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

mo aunque como he dicho antes nos resulte muy chocante que tome la decisión de no beber.
Una vez que ha condenado la acción renuncia a realizar esa acción que el sujeto considera inconveniente.

Podemos encontrarnos con el joven que abiertamente no quiere salir, porque no le apetece el rollo de las litronas, «y que luego la gente solo piense en beber; además luego me toca llevarles a casa, paso! No me lo paso bien!»

4. Podríamos aún señalar otra: «Bebo, luego existo»
   Cuando lo que observamos es la ausencia total de capacidad para disfrutar o planificar. Su única opción para estar en este mundo es la de «beber me da la sensación de que existo».

   Vemos entonces cuatro formas de hacer frente al consumo de alcohol (que podría generalizase a otras dependencias)

   — «Bebo, luego soy mayor».
   — «No quiero beber, no quiero líos».
   — «Renuncio a beber».
   — «Bebo, luego existo» (o existo porque bebo).

   Asi pues, cuando nos encontramos con jóvenes y adolescentes bebedores, y en función de los comentarios señalados, consideramos que:

   1. La juventud y la adolescencia son dos momentos evolutivos que han tenido un recorrido previo. Sus actuaciones son el resultado de algo previo. De hecho, cuando recibimos una consulta generada por los consumos excesivos, siempre podremos apreciar una psicopatología asociada.
   2. Muy frecuentemente hay una franca patología previa en la que se observa la dificultad en desarrollar habilidades y mecanismos que ayuden a soportar la frustración, el malestar, el temor al vacío y a la independencia.
   3. El trabajo se ha de desarrollar considerando ese continuo.

Qué actividades se pueden desarrollar

1. Estimular el desarrollo de «habilidades psíquicas» (que se aprenden básicamente por la identificación) para que pueda hacer frente a las dificultades.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

2. Favorecer la identidad, de forma que el joven y adolescente sea él mismo.
3. Hacer una acompañamiento en la adquisición de esas habilidades.

Qué se puede hacer ante el consumo del alcohol

Desde el trabajo más social y familiar

Cuando nos planteamos el trabajo con el adolescente, hemos de ser conscientes de que él se sitúa frente a la sociedad y al adulto con un espíritu observador y crítico. Como buen observador, llamará la atención al adulto y a la sociedad en general sobre las incoherencias que observa. Nos preguntará, por ejemplo, cómo si el alcohol es malo los adultos lo consumen sin problema.

Observará al adulto, quien además muy frecuentemente será su modelo de identificación más importante, cómo puede utilizar el alcohol como algo que le relaja, le estimula, le divierte, le socializa, etc. como si no hubiera otra manera de poder obtener esa tranquilidad, alegría o relación buscada por otros medios.

La coherencia del adulto a la hora de dirigirse al adolescente puede ser la primera piedra para poder mostrarle un camino o forma distinta para poder enfrentarse a la vida. Es decir, a través del mensaje claro: el malestar o la incomodidad puede afrontarse mediante formas saludables que ayuden al sujeto a progresar (por ejemplo, a través del diálogo, de la presencia en la casa, del afrontamiento de los problemas, etc.).

Desde el trabajo más individual

Ayudar el sujeto a que organice de forma sólida su personalidad. Eso le permitirá hacer frente a las insatisfacciones y frustración que sin duda va a encontrar a lo largo de su desarrollo.

Fortalecer el Yo es dotarle de las herramientas necesarias para poder responder de manera adecuada a los retos externos e internos con los que el adolescente se ha de enfrentar. Podemos llamarle autoconfianza, o seguridad en si mismo o autoestima; al final, fortaleza de su Yo.

Hemos de ayudarle también a encontrar otras vías de satisfacción o de obtención del placer o de hacer frente al temor.

Ajustar la imagen de sí mismo a la realidad. Adecuarla a la realidad. Hacerle ver como alguien con capacidad de destrucción y también destructible. Sometido por tanto a las leyes de la realidad.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Ayudar al adolescente a buscar fuentes de derivación de las tensiones de forma que estas no vean vividas con una intensidad peligrosa. Conseguir que tanto la sexualidad como la agresividad puedan ser integradas dentro de una forma de actuar y de ser saludable.

Ayudarle a utilizar la palabra como una forma prioritaria de comunicación a través de la cual se pueda expresar e intercambiar todo tipo de sentimientos con el otro.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Capítulo 14

La atención sanitaria urgente en casos de intoxicación etílica con menores

B. Azcunaga

El consumo de alcohol entre adolescentes y jóvenes es un hecho innegable en nuestros días y motivo de preocupación en muchas ocasiones.

Si el tema lo enfocamos desde un punto de vista sanitario y clínico, centrándonos en el menor intoxicado con alcohol podríamos asegurar que:

— Es un tema preocupante ya que una intoxicación es una situación en la que no se mantiene el estado de salud definido desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estado de completo bienestar físico, mental y social.
— Está implicado un menor, persona de nuestra sociedad potencialmente vulnerable en la cual determinados eventos pueden interceder en su desarrollo, físico, psíquico y social.
— Es una situación provocada por el sujeto que la padece ya que es el propio menor quien lo origina, en principio, con una intencionalidad lúdica.

Desde los Servicios de Urgencias Pediátricos la atención a un menor con una intoxicación etílica supone atención médica a un grupo de pacientes que pueden acudir en una situación clínica crítica, con el grado de complejidad que ello supone, además de precisar una atención integral a ese paciente y a su entorno, es decir, a su familia. También lo enfocamos como hecho que refleja una situación más global de nuestra sociedad, con el horizonte de miras que ello entraña.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Centrándonos en las intoxicaciones etílicas que acuden a nuestros Servicios de Urgencias Pediátricos, lo definimos en el entorno del global de intoxicaciones que recibimos en dichos servicios, como parte del total de pacientes que acuden a los mismos. En este contexto, a pesar de las campañas preventivas desarrolladas en los últimos años a nivel nacional desde el gobierno y las instituciones sanitarias, las intoxicaciones suponen el 0,3 % del total de visitas atendidas en los Servicios de Urgencias Pediátricos [1]. Afortunadamente, en la mayoría de las ocasiones son eventos con un curso favorable y sin secuelas para el menor pero, no están exentas de morbilidad y, en ocasiones, pueden ser motivo de situaciones clínicas graves con riesgo de secuelas e incluso de desenlace fatal.

Es por todo ello que se antoja interesante definir y encuadrar desde el punto de vista clínico lo que supone una intoxicación en un menor de forma general y, como subgrupo a analizar, las intoxicaciones etílicas en este grupo de pacientes. Para ello nos basaremos en los datos obtenidos desde el Observatorio de Toxicología de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. El Observatorio de Toxicología fue creado en octubre del año 2008 desde el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Inicialmente formaban parte de dicho observatorio 37 hospitales nacionales, tanto hospitales comarcales como hospitales de nivel terciario de complejidad. Actualmente, el Observatorio de Toxicología de la SEUP lo engloban 59 hospitales nacionales. Desde su creación, a partir del análisis de los datos recogidos en el observatorio, se han publicado varias publicaciones en revistas científicas internacionales y se han presentado comunicaciones en congresos científicos nacionales, como son la Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, el Congreso anual de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y el Congreso anual de Medicina de Emergencias.

Introduciéndonos en el tema, los episodios de intoxicación o sospecha de ello atendidos en los Servicios de Urgencias Pediátricos se pueden dividir en dos grupos según la edad. El grupo más numeroso, en torno al 75 % de las visitas por este motivo, lo constituyen los niños con edades inferiores a los 5 años. El segundo pico de incidencia se corresponde a niños de mayor edad, los de edad superior a 12 años [2]. Entre ambos grupos existen diferencias significativas en cuanto al tóxico implicado, así como el mecanismo a través del cual se produce la intoxicación o el contacto con la sustancia potencialmente tóxica.

Respecto al mecanismo de intoxicación, al igual que en el conjunto de las intoxicaciones sucedidas durante la infancia, es la ingesta no vo-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

luntaria el mecanismo principal del grupo de menor edad, los menores de 5 años. Este mecanismo también aparece como mecanismo de intoxicación en el grupo intermedio, entre 5 y 12 años. Sin embargo, en los niños de mayor edad, es el fin lúdico el que se muestra como mecanismo de intoxicación principal, seguido del intento de suicidio.

Del mismo modo, los grupo de tóxicos implicados también están diferenciados según las edades. Los fármacos son los grupos de tóxicos que a parecen en todos los grupos de edad, con un claro predominio de los menores de 5 años. Este grupo de edad participa en más del 60 % de los episodios. Sin embargo, en los niños de mayor edad, además de los fármacos, aparecen otros tóxicos como el alcohol y algunos tipos de drogas ilegales. De hecho, es el alcohol el tóxico que forma parte de las intoxicaciones de forma mayoritaria en este grupo de edad. Respecto a las drogas ilegales, la detectada con mayor frecuencia es el cannabis.

Cabe destacar que, a partir del análisis de los datos obtenidos desde el Observatorio de Toxicología en sus seis años de recorrido, se han apreciado, en esta última década, diferencias en los grupos de tóxicos implicados en los niños y jóvenes. Para explicarlo nos basaremos en un estudio comparativo realizado entre los datos obtenidos desde el Observatorio con los obtenidos a partir de otro estudio realizado entre los años 2001-2002 por el mismo Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP. Dicho trabajo fue publicado en la revista científica *Pediatric Emergency Care* en el año 2004 [3]. En el estudio realizado entre los años 2001-2002 se apreció que, de forma global, el principal grupo de tóxicos implicado en las visitas por intoxicación o sospecha de ello que acudían a los Servicios de Urgencias Pediátricos eran los fármacos, seguidos de los productos del hogar y, en tercer lugar, el alcohol. Cuando años más tarde, años 2008-2010, se realizó un estudio similar a nivel nacional se apreció que, si bien los fármacos seguían a la cabeza seguidos por los productos del hogar, estos últimos habían disminuido en su incidencia. Sin embargo, el alcohol, que seguía siendo el tercero en la lista, aparecía con una mayor frecuencia. Ante este hallazgo se analizó el agente que aparecía con mayor frecuencia en los episodios de intoxicación. Lo obtenido fue que, así como en el primer periodo de estudio, bienio 2001-2002, fue el paracetamol el agente principal, seguido del alcohol y, en tercer puesto, el monóxido de carbono, en el segundo estudio referente a los años 2008-2010, el alcohol había incrementado su lugar como agente participante de las intoxicaciones, alcanzando y superando en número al paracetamol. Analizado de otra forma, en el bienio 2001-2002, en los Servicios de Urgencias Pediátricos se atendía una intoxicación por alcohol por cada 5.936 episodios de urgencias

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

mientras que en el periodo 2008-2010, se atendió una intoxicación por alcohol por cada 2.316 episodios de urgencia.

Como se ha comentado, los datos ofrecidos son los hallados en el análisis global nacional. Sin embargo, las intoxicaciones presentan perfiles diferentes en base a factores demográficos, económicos y culturales. En un intento de analizar las diferencias territoriales nacionales agrupando las intoxicaciones o sospechas de ello según las sociedades pediátricas regionales a las que pertenecen los centros hospitalarios al que acude el menor, se realizó otro estudio, también en el entorno del Observatorio de Toxicología, en el cual se analizaron los mecanismos de intoxicaciones en los menores de 14 años en las distintas regiones mencionadas [5]. Del análisis se obtuvo que, si bien la mayoría de las intoxicaciones agudas en menores de 14 años registradas en los Servicios de Urgencias Pediátricos españoles son debidas a ingestiones no voluntarias, preferentemente de fármacos, mecanismo más habitual en todas las regiones estudiadas, las intoxicaciones con fin recreacional fueron más habituales en la región Vasconavarra y Zaragoza (14,4 % de las intoxicaciones registradas en menores de 14 años, versus 3,4 % en el resto de regiones), alcanzando el 42,8 % del total de estas intoxicaciones. Estas diferencias halladas nos invitan a reflexionar sobre las causas de las mismas y las medidas preventivas a realizar. Dichas medidas preventivas, aunque de forma global pueden ser comunes para todos los territorios, podrían ser medidas específicas o dirigidas a cada región en función de los datos hallados.

Si ampliamos miras a nivel mundial, nos podríamos preguntar si también se aprecian diferencias en otras áreas geográficas más distanciadas, a lo largo y ancho del planeta. Esta reflexión ya se ha planteado en un estudio multicéntrico internacional, en el que formaron parte algunos de los hospitales integrados en el Observatorio de Toxicología nacional y en el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP. Este estudio está basado en el registro prospectivo de los niños atendidos por intoxicación aguda en servicios de urgencias pediátricos de 20 países diferentes. Analizando el mecanismo de intoxicación, al igual que en el panorama nacional, la intoxicación no voluntaria aparecía predominante en la mayoría de los lugares pero la incidencia de intoxicación con fin recreacional oscilaba de unos territorios a otros, siendo prácticamente inapreciable en lugares como Oriente Medio y Asia, probablemente condicionado por factores sociales y culturales. En este mismo análisis, aparecía de nuevo a la cabeza el etanol como tóxico implicado con mayor frecuencia en las intoxicaciones recreacionales, seguido de las drogas ilegales, aunque en inferioridad numérica, aproximadamente una tercera parte. Estos hallazgos también apoyan la necesidad de di-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

señar medidas preventivas ajustadas al perfil de las intoxicaciones que ocurren en cada territorio.

Desde otro punto de vista, si analizamos los patrones de conducta de las intoxicaciones etílicas que acuden a los Servicios de Urgencias Pediátricos, respecto día de la semana y hora del día de mayor acúmulo de casos de intoxicación, éstos se corresponden con los días de fin de semana. Parece lógico pensar que esta circunstancia esté relacionada con una conducta lúdica, implícita en este tipo de intoxicación. Referente a las horas del día, la franja horaria más habitual es la que engloba las horas de final de la tarde así como las primeras de la noche con un descenso progresivo hasta llegar a las horas del alba.

Si nos fijamos en el sexo de los pacientes con una intoxicación etílica, aunque existen publicaciones previas que destacan la mayor incidencia de varones que presentan una intoxicación etílica con fin recreacional, en el último análisis del Observatorio de Toxicología se aprecia un cambio en este aspecto. Se identifica un aumento de las mujeres afectadas, las cuales suman actualmente el 56 % de las intoxicaciones por etanol.

Resumiendo lo descrito hasta este momento, se ha señalado y descrito la incidencia de las intoxicaciones por etanol observadas desde distintos marcos. Siguiendo un orden, en las siguientes líneas mencionaremos las características de dichas intoxicaciones cuando se nos presentan en las urgencias hospitalarias.

El primer dato que debemos señalar es que si preguntamos al afectado o a su familia si es la primera vez que ha sufrido una intoxicación el menor, la respuesta difiere según el grupo de edad y el mecanismo de intoxicación implicado. En las intoxicaciones en las que están implicados con mayor frecuencia los niños de mayor edad, esto es, en las que existe un fin recreacional o suicida, son las que responden con mayor frecuencia (10 % en las intoxicaciones recreacionales y hasta el 25 % en las de fin suicida) que no es la primera vez que el menor ha sufrido una intoxicación.

Desglosando las intoxicaciones recreacionales, en las intoxicaciones por etanol hasta el 9,4 % ha sufrido previamente alguna intoxicación. En las intoxicaciones por droga ilegal el 13,3 % y el 20 % de las intoxicaciones llamadas mixtas. Hemos definido como intoxicaciones mixtas aquellas en las que están implicados más de un grupo de tóxicos. En nuestro caso se ha constatado etanol junto con fármacos, etanol junto a una droga ilegal, o los tres grupos de tóxicos en un mismo episodio de intoxicación (etanol junto con un consumo de droga ilegal más la toma de un medicamento).

Centrándonos en las intoxicaciones por etanol, en la mayoría de ellas, hasta en un 90 %, no se detecta ninguna otra sustancia consu-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

mida asociada, con los medios analíticos y de exploración que disponemos en los servicios de urgencias. En el caso de detectarse consumo de sustancia ilegal, es el cannabis el detectado con mayor frecuencia. Alrededor de un 6 % de las intoxicaciones por etanol se asociaron a consumo de cannabis. También mencionar que, en un porcentaje pequeño, cercano al 2 % de las intoxicaciones etílicas, junto con el etanol se detectó otra sustancia ilegal diferente del cannabis asociada.

Respecto al patrón que siguen habitualmente los pacientes menores con una intoxicación etílica que son atendidos en los servicios de urgencias, este se muestra diferente al resto de las intoxicaciones sucedidas en la infancia si las valoramos desde un punto de vista global. Así, si las intoxicaciones infantiles suceden principalmente en el domicilio familiar, en el caso de la intoxicación etílica, en más del 90 % de los casos el menor procede de un lugar diferente de su domicilio. El menor procede sobre todo de la vía pública o de un establecimiento, tipo bar o discoteca. Otra diferencia estriba en que en el global de las intoxicaciones infantiles, el menor intoxicado habitualmente es traído a los servicios de urgencias por sus propios padres cuando detectan la intoxicación o sospechan de ella [4]. Sin embargo, en la intoxicación etílica los padres acompañan al menor a su llegada a los servicios de urgencias solo en una tercera parte de los casos. Habitualmente son acompañados por sanitarios, amigos o incluso por otros profesionales como policías u otros profesionales de la seguridad. Precisamente son acompañados por sanitarios, ya que en más de las tres cuartas partes, la ambulancia, medicalizada o no, es el medio de transporte que utilizan para ser trasladados a los servicios de urgencias, desplazados, como se ha comentado previamente, desde la vía pública o establecimientos mencionados. Este es otro dato comparable, ya que la mayoría de las intoxicaciones sucedidas en menores además de acudir acompañados por sus padres, hecho ya explicado, habitualmente acceden a los servicios sanitarios trasladados en el propio vehículo familiar.

Un tercer aspecto a tener en cuenta y relacionado con el apartado anterior es que, alrededor del 60 % de los casos de intoxicaciones sucedidas en menores no consultan con otras entidades previo a su llegada a los servicios de urgencias y, en el caso de hacerlo, la consulta es con los servicios de atención primaria y el servicio de emergencias, en proporción similar, y también, aunque en menor medida, con el Instituto Nacional de Toxicología. Sin embargo en las intoxicaciones por etanol, alrededor del 80 % ha contactado previamente con alguna otra entidad sanitaria antes de acudir a los servicios de urgencias. En nuestra serie, casi en su totalidad contactaron con el servicio de emergencias y en un porcentaje muy minoritario con los centros de salud de atención primaria.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Respecto a la situación clínica en la que se encuentra el menor intoxicado cuando acude a los servicios de urgencias, de forma global, el menor suele presentar síntomas en la tercera parte de los casos. Situación muy diferente es el menor con una intoxicación etílica el cual presenta síntomas en más del 90 % de las ocasiones. Los síntomas son principalmente neurológicos del tipo de somnolencia, disartria, obnubilación… Parece lógico pensar que es precisamente esta presencia de síntomas la que determina que el menor sea trasladado a nuestros servicios. En base a esto, también cabe pensar que, sin embargo, muchos de los menores que sufren una intoxicación etílica, sin excesivos síntomas o sin una valoración adecuada, no son trasladados a centros sanitarios sino que permanecen en otros lugares, en ocasiones probablemente no en los más adecuados, esperando a que su sintomatología remita. Todo ello acentúa la situación de vulnerabilidad y riesgo a la que está expuesto el menor durante todo ese tiempo. A la vez, nos da idea de que, las intoxicaciones etílicas que podemos atender en los servicios de urgencias, solo son la punta del iceberg de una situación más numerosa que afecta a nuestros menores, situación más amplia de la que podamos reflejar desde los centros sanitarios.

Asimismo, una vez que llega el menor con una intoxicación etílica al centro sanitario, la situación, en muchas ocasiones, se nos presenta compleja. Esta complejidad viene determinada porque, a veces, el menor presenta una situación clínica crítica, compatible con una verdadera urgencia o emergencia, activándose todo un sistema de valoraciones y actuaciones a su alrededor. En ocasiones también, la situación es compleja porque podemos estar ante una situación clínica derivada de un policonsumo, con escasa información de este hecho así como de las sustancias implicadas. Esta situación dificulta la atención sanitaria. Además, el sujeto ha podido presentar un evento añadido, además de su intoxicación, debido precisamente a ella o como consecuencia de la misma, ya que, en su situación de paciente intoxicado, sus facultades mentales o su nivel de conciencia pueden estar disminuidos y su sentido del riesgo mermado ante determinadas situaciones o actuaciones. Bajo los efectos del alcohol, el sentido del riesgo disminuye, aumentando la posibilidad de realizar acciones que entrañen cierto peligro y que, en un estado basal de normalidad o no intoxicación, no las hubiera realizado. Existen estudios que demuestran que hasta un 34 % de los menores atendidos con una intoxicación etílica presentaban un traumatismo asociado, principalmente y afortunadamente traumatismos menores, como pueden ser las caídas. A modo de ejemplo, en una intoxicación etílica, si se aprecia un nivel de conciencia muy deprimido o que, simplemente, no se corresponda la situación clínica con los ni-

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

veles de etanol que presenta el paciente, se debe descartar que exista otro proceso intercurrente y entre ellos, el que el paciente haya sufrido un traumatismo craneoencefálico que sea el causante de esa situación clínica.

Por otra parte, si nos centramos en las actuaciones sanitarias que se le ofrecen a un paciente que acude con una intoxicación etílica a su llegada al hospital cabe destacar tres aspectos.

En primer lugar, las exploraciones complementarias que se le practica tras la valoración inicial son más numerosas si el menor acude con una intoxicación etílica con respecto a las realizadas en el global de las intoxicaciones. En nuestra serie analizada se practicaron exploraciones complementarias al 80 % de las intoxicaciones etílicas mientras que de forma global se suelen realizar algún tipo de exploración complementaria en algo menos del 50 % de los menores que acuden con una intoxicación o sospecha de ella. Habitualmente en las intoxicaciones etílicas se realizan analíticas básicas que determinan su nivel de glucemia y electrolitos, así como la medición de los niveles de etanol en sangre. Como se ha mencionado en apartados anteriores, debido a que existe la posibilidad de un consumo de más sustancias además del etanol, es recomendable la práctica de análisis que nos ayuden a determinar si ha existido policonsumo ya que puede interceder en la situación clínica del paciente y su conocimiento puede ser de ayuda en su manejo.

En segundo lugar, respecto al global de intoxicaciones en niños que valoramos en los Servicios de Urgencia Pediátricos, al paciente con una intoxicación etílica se le administra con mayor frecuencia algún tipo de tratamiento. Cerca del 60 % de los casos de intoxicaciones etílicas mientras que en el global de las intoxicaciones menos del 50 % reciben algún tratamiento. Respecto al tratamiento recibido, en las intoxicaciones las descontaminaciones intestinales son los tratamientos administrados con mayor frecuencia si la sustancia ha sido ingerida y es susceptible de ser absorbida por este producto, mientras que en la intoxicación por etanol no es una medida a realizar por su ineficacia. También es un hecho que, ante una intoxicación por determinadas sustancias, existen los llamados antídotos, sustancias específicas que poseen propiedades para disminuir o neutralizar los efectos de la sustancia nociva o no permitirle que actúe. En el caso del etanol no se dispone de ningún antídoto. Las medidas terapéuticas ofrecidas principalmente en las intoxicaciones alcohólicas son medidas de soporte, principalmente sueroterapia y mantenimiento de la temperatura corporal del paciente.

En tercer lugar, si nos fijamos en el manejo del paciente tras su valoración inicial y tratamientos si precisa, en las intoxicaciones atendidas

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

en las urgencias hospitalarias pediátricas, alrededor de la mitad de los pacientes permanecen al menos unas horas en observación antes de ser remitidos a su domicilio. En el caso de las intoxicaciones etílicas, a un mayor porcentaje de pacientes se les mantiene hospitalizados al menos durante unas horas. Además, en nuestra serie está reportado que hasta un 1,2 % de los pacientes con intoxicación etílica fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos. Ningún paciente falleció.

Finalmente insistir en la importancia de realizar una medicina integral en este tipo de pacientes. En ocasiones puede precisar de otros profesionales para su valoración y seguimiento en el ámbito físico y psicológico, mientras están en los servicios de urgencias pediátricos o fuera de ellos, así como una continuidad llevada a cabo por los servicios sociales y sanitarios que permitan una valoración completa de la verdadera situación del menor. Todas estas acciones se deberían llevar a cabo bajo el amparo y la perspectiva de la práctica clínica basada en el ejercicio de una medicina centrada en la familia, punto de apoyo en numerosas ocasiones.

Desde los organismos institucionales son deseables varios aspectos a desarrollar para ofrecer una mejora en la atención sociosanitaria de los menores en general y en las intoxicaciones etílicas en particular:

- —Prevención en distintos ámbitos relacionados con el menor: ámbito comunitario, ámbito familiar, en su tiempo libre y ocio…
- —Control de la oferta de alcohol a los menores.
- —Protocolizar el tratamiento y la continuidad asistencial.

Para todo ello se debe planificar y legislar de acuerdo a los principios de querer alcanzar una sociedad de bienestar en general y en particular para nuestros menores, ya que son el futuro de nuestra sociedad.

Por todo lo anterior expuesto, se presenta como una oportunidad y una iniciativa magnífica la que está desarrollando desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en su programa «Alcohol y Menores». La finalidad del desarrollo de este programa es definir actuaciones a través de los diferentes ámbitos sanitarios de Osakidetza para el diagnóstico, tratamiento y prevención del consumo de alcohol en menores.

Citas bibliográficas

[1] Azkunaga, B. y Mintegi, S. *Manejo general de las intoxicaciones. Tratado de Urgencias en Pediatría*. 2 Edición. Ergón Ed. ISBN 84-8473-893-0. Madrid. Mayo 2011. Avalado por la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

[2] Azkunaga, B., Mintegi, S., Bizkarra, I., Fernández, J. Intoxications Working Group of the Spanish Society of Pediatric Emergencies. Toxicology surveillance system of the Spanish Society of Paediatric Emergencies: first-year analysis. *Eur J Emerg Med.* 2011 Oct;18(5):285-7.
[3] Azkunaga, B., Mintegi, S., Del Arco, L., Bizkarra, I. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Changes in the epidemiology of poisonings attended in Spanish pediatric emergency departments between 2001 and 2010: increase in ethanol intoxications. *Emergencias 2012*; 24:376-379.
[4] Azkunaga, B., Mintegi, S., Salmón, N., Acedo, Y., Del Arco, L. y el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP. Intoxicaciones en menores de 7 años en España. Aspectos de mejora en la prevención y tratamiento. *An Pediatr* (Barc). 2013;78(6):355-360.
[5] Salazar, J., Zubiaur, O., Azkunaga, B., Molina, J.C., Mintegi, S. y el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Diferencias territoriales en las intoxicaciones agudas en menores de 14 años en España. *An Pediatr* (Barc). 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.02.005.

© Universidad de Deusto - ISBN 978-84-15759-52-2

Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

Una mirada ecológica

La conjugación alcohol y adolescencia es una preocupación constante que aparece cíclicamente en el interés social. En algunas ocasiones se visibiliza como un problema de orden público, en otros se acentúa como un problema educativo, en otras ocasiones coge fuerza la visión de salud pública. Todas son ciertas, pero parciales e incompletas si no se aúnan todas las visiones en una interpretación más omnicomprensiva del fenómeno del consumo de alcohol juvenil. Ello es especialmente necesario cuando se trata de buscar soluciones o programas preventivos de impacto en la población juvenil.

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
Osasun Publikoaren eta
Adikzioen Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD
Dirección de Salud Pública
y Adicciones

Deusto
Publicaciones
Universidad de Deusto