

Factores sociales y educativos en el consumo de alcohol en jóvenes

Elisa Larrañaga, Santiago Yubero, Raúl Navarro y M. Carmen Sánchez

Universidad de Castilla-La Mancha

Resumen

Ante el fenómeno del consumo de alcohol en los jóvenes, que abarca a un porcentaje importante de menores de 18 años, se plantea un problema social que es necesario analizar para tratar de comprender cuáles son sus causas. Así, se podrán diseñar programas de intervención social que vayan más allá del hecho en sí mismo. De manera que puede entenderse que, al tratarse de conductas claramente influidas por variables sociales, han de responsabilizarse distintos profesionales, que deben ofrecer sus conocimientos y sus experiencias para analizar un fenómeno de no poca repercusión social y sobre el que la sociedad demanda la puesta en práctica de medidas efectivas que puedan paliar y controlar estos comportamientos, que entrañan grandes riesgos para la salud de los jóvenes.

Palabras clave: Consumo de alcohol, jóvenes, conducta de riesgo, educación para la salud, factores sociales y educativos, intervención.

Abstract

Before the phenomenon of the consumption of alcohol in the youths that it embraces to an important percentage of smaller than 18 years, he thinks about a social problem that is necessary to analyze to try to understand which their causes are. This way, they will be able to design programs of social intervention that they go beyond the fact in itself. So that it can understand each other that, when being behaviors clearly influenced by social variables, they must take the responsibility different professionals, that should offer their knowledge and their experiences to analyze a phenomenon of not little social repercussion and on the one that the society demands the setting in practice of effective measures that can palliate and to control these behaviors that involve big risks for the health of the youths.

Keywords: Consumption of alcohol, young, risk behavior, education for the health, social and educational factors, intervention.

Presentación

El estudio que se presenta en esta publicación forma parte de una investigación más amplia dirigida a realizar un análisis de la realidad de los jóvenes en relación al consumo de drogas en general y de alcohol en particular, en distintas localidades de Castilla-La Mancha. Los objetivos generales son dos: conocer los hábitos, intereses y conductas del colectivo de jóvenes de entre 12 y 18 años en relación con el consumo de drogas, y disponer de información relevante que permita tomar decisiones sobre las actuaciones en materia de prevención de drogodependencias. Con la finalidad de obtener los datos en todas las áreas de interés, se recogió información en torno a cinco bloques de estudio: estilo de vida, conducta de consumo de alcohol, consumo de otras sustancias, factores sociales de consumo y medidas de prevención.

Aquí presentamos una síntesis de los datos sobre la influencia de las variables de motivación y percepción social en las conductas de consumo de alcohol, analizando su influencia para la elaboración de programas de educación para la salud dirigidos a la población juvenil.

Introducción

La salud es una parte integral del desarrollo general; los factores que influyen, por lo tanto, no son sólo biológicos y económicos sino también sociales y culturales. Por ello, no es suficiente conocer las conductas, sino que resulta imprescindible analizar ciertos factores socioculturales que pueden actuar como elementos motivacionales de estas conductas.

Podría afirmarse que los elementos básicos de la estructura de la educación para la salud en relación con el consumo de alcohol asumen ciertas contradicciones, en parte por la evidente permisividad social al asumir rasgos culturales y, en muchos casos, identitarios que justifican determinadas conductas de consumo de alcohol, que crean, mantienen y refuerzan imágenes positivas en relación con el alcohol. Parece más que evidente que, en cierta medida, el alcohol es un factor intrínseco de determinados rituales sociales (fiestas, reuniones...) en nuestra sociedad, que forma parte del comportamiento adulto y que puede llegar a constituir un patrón normalizado de socialización y de relación social. Además, la publicidad contribuye a mantener la cultura del alcohol y los estilos de consumo existentes: consumo por diversión, consumo con los amigos, ocio y consumo de alcohol, consumo de alcohol y atracción del sexo opuesto..., todo ello dentro de los intereses de una sociedad donde priman las actitudes consumistas.

El uso moderado y esporádico del alcohol es un aspecto aceptado del desarrollo e incorporación del joven a la sociedad adulta. La preocupación por el consumo de alcohol no está en el consumo en sí mismo; como señala Vega (1998), nuestra cultura es una 'cultura del alcohol', en la que sólo cuando aparecen los problemas graves por el abuso de su consumo, o se generan problemas sociales, como ruido y suciedad en las calles, se considera un problema. Se genera, por lo tanto, una actitud social ambigua, en la que, por una parte, se denuncian los efectos perversos del consumo de alcohol y, por otra, se favorece su consumo (García Martínez y Benito, 2000).

Por ello, un estudio del consumo de alcohol como problema individual limita la visión de los hechos, por lo que resulta necesario realizar un esfuerzo para conocer las variables sociales que favorecen el consumo de alcohol. En este sentido, el estilo de vida toma protagonismo en las conductas de consumo de alcohol, ya que éstas forman parte de un modo de vivir que, además, conlleva la asunción de unos determinados riesgos.

En el concepto de conducta de riesgo destacan dos elementos básicos: la incertidumbre de los resultados y la posibilidad que se plantea la persona de que las consecuencias de su conducta reporten ganancias y no costes. De modo que, aunque el riesgo se define como una acción que entraña la posibilidad de una pérdida (Van der Pligt, 1996), cada sujeto entiende el riesgo en función de sus propias percepciones. Blanco y col. (2000, 51) afirman: “cuando una persona se encuentra en la tesitura de hacer una elección tenderá siempre hacia aquella alternativa que presente la mayor utilidad esperada, o lo que es lo mismo, hacia aquella alternativa que es probable que le acarree el resultado más favorable”.

El conocimiento no se elabora al margen del sujeto, sino que parte de sus experiencias y de sus propias percepciones y valoraciones de la realidad. No hay correspondencia entre los datos científicos y lo que la gente ve y percibe en su vida cotidiana; y es que, como ya plantea Heider (1958), es a través de la percepción como conocemos el mundo, y desde nuestra percepción actuamos. La percepción que se tenga de las consecuencias negativas de una conducta es importante

a la hora de tomar una decisión sobre la conducta a realizar. Muchas personas que practican conductas de riesgo perciben la experiencia de que la práctica de esa conducta no se ha visto seguida por consecuencias desagradables. Este hecho puede asegurar la permanencia de una conducta si ésta ha producido sólo las consecuencias agradables inmediatas, lo que proporciona, además, una falsa sensación de seguridad. Kahneman y Tversky (1984) indican que las pérdidas elevadas pero inciertas son menos aversivas que las cercanas pero ciertas, lo que significa que para una persona es más aversiva la certeza de perder un placer seguro que se encuentra a su alcance, que la probabilidad incierta de perder la salud. En el caso del consumo de alcohol, puede que cause más rechazo pensar que se va a perder la ‘diversión del fin de semana’, que la posibilidad, percibida como remota, de perder la salud; ante lo cual, la decisión del consumo parece justificada. También si se perciben las consecuencias negativas del consumo de alcohol como inciertas y lejanas, los jóvenes pueden llegar a pensar que, si llega el caso, pueden dejar el consumo antes de que se presenten sus consecuencias negativas (Pierce et al., 2002). Los beneficios percibidos a corto plazo actúan como motivadores centrales en las conductas de consumo (Fromme, Katz y Rivet, 1997) con independencia de las consecuencias negativas que, además, en función de su propia experiencia y de la valoración de la de los demás, se perciben como inciertas y a largo plazo.

Así, el consumo de alcohol se convierte en una conducta de riesgo voluntariamente asumida por placer, de la que se sabe que puede suponer consecuen-

cias negativas para la salud, pero que se ejecuta con la seguridad de conseguir un refuerzo.

Las teorías de la acción social consideran el riesgo como un fenómeno social, siendo las normas sociales las que determinan lo que tiene riesgo y la jerarquía del mismo. Diversas investigaciones (Fisher, 1988; Grund, Friedman y Stern, 1996) han puesto de manifiesto la influencia de las normas establecidas en el grupo de pares para la adopción de conductas preventivas y su importancia para aceptar el cambio en una determinada conducta de riesgo. En este sentido, las normas de grupo pueden basarse en tres procesos que, generalmente, se presentan simultáneamente:

1. La percepción de la conducta de los otros. Normalmente se sobreestima la presencia de una conducta de riesgo, produciéndose un desfase entre la conducta real y las normas. La frecuencia percibida de conductas es un indicador de las normas descriptivas (que es lo que hacen las personas similares a mí) y predicen la conducta más fuertemente que las normas sociales prescriptivas (que indican qué es lo que hay que hacer), porque lo que se percibe que hacen los demás indica lo que es más válido para pertenecer al grupo.

Esta tendencia a subestimar la proporción de personas que llevan a cabo acciones normativas se denomina *falsa unicidad*. Para contrastar este fenómeno, se realiza la comparación entre la frecuencia real de la conducta y la frecuencia estimada por los miembros del grupo. La frecuencia mayoritaria

indica la existencia potencial de una norma social.

2. La conducta del mismo sujeto. Generalmente, las personas que llevan a cabo una conducta de riesgo, en comparación con las que no lo hacen, tienden a sobreestimar la proporción de gente que realiza esa misma conducta. De esta manera, la persona se clasifica como miembro de una categoría de personas similares a sí mismo lo que le ayuda a sentirse mejor (Gibbons, Helweg-Larsen y Gerrard, 1995). Es el fenómeno de *falso consenso*, que se puede estimar comparando las apreciaciones de la frecuencia de la conducta de los 'otros' llevadas a cabo por las personas que realizan esa conducta y las que no la realizan (Miller y Prentice, 1996).
3. El apoyo implícito. La gente omite su opinión en función del apoyo social percibido; así, las personas que creen tener una opinión minoritaria la callan, reforzando la percepción de que la mayoría aprueba esa conducta; es el fenómeno de la *espiral del silencio*.

El consumo de alcohol provoca y favorece una serie de comportamientos que son valorados positivamente por determinados grupos de jóvenes (Río y Gazopo, 2001). Y no podemos dejar de lado que el contexto social por excelencia en la juventud son los iguales, que actúan como agente de socialización. Para entender el comportamiento social de los adolescentes, hay que entender lo que está ocurriendo en el contexto de sus iguales, o lo que perciben que está ocurriendo (López-Sánchez, Ros y de Rueda, 2001), además de considerar los factores del modelado

social que se hallan presentes en este tipo de conductas.

Método

El estudio se ha llevado a cabo con una muestra de 3.065 jóvenes estudiantes de los Institutos de Educación Secundaria de la provincia de Cuenca (Castilla-La Mancha), tanto públicos como concertados, representativa de la población escolarizada en ese nivel educativo, seleccionadas a través de un procedimiento aleatorio por Institutos y cursos, según su tamaño. La población escolar estimada a partir de los datos oficiales (I.E.S.: Santiago Grisolia, Zobel, Pedro Mercedes, San José, Hervás y Panduro, Alfonso VIII, Santa María de la Expectación, Sagrada Familia, Melchor Cano, Hontanillas y Hermanas Mercedarias) ascendía a 5.570 alumnos de ESO, Bachillerato y Primer Ciclo de Formación Profesional en el momento de realizar este trabajo, por lo que fue encuestada el 55% de la población.

La distribución de la muestra en función de los años está equiparada para las distintas edades (entre un 15% y un 17% en cada uno de los grupos de edad). La proporción entre sexos está equilibrada: el 47.3% son varones y el 51.9% mujeres.

Esta investigación se ha desarrollado mediante una metodología mixta, cualitativa y cuantitativa. En una primera fase, se empleó metodología cualitativa, mediante grupos de discusión, con el objetivo de obtener una información previa sobre el consumo de drogas en los jóvenes que nos permitiera verificar la relevancia de los ítems del cuestionario elaborado. En la segunda fase, se encuestó

a los alumnos de las aulas seleccionadas. Empleamos esta técnica ya que la información sobre consumo de drogas obtenida por autoinforme, cuando se garantiza el anonimato y la confidencialidad, se ha demostrado fiable y válida (Moncada y Pérez, 2001). Se elaboró un cuestionario basado en otros instrumentos similares validados previamente, con las aportaciones de los jóvenes de los grupos de discusión. En unos casos, empleamos la misma información que en investigaciones anteriores con el objetivo de poder establecer comparaciones en los resultados y, en otros, son de elaboración propia para obtener la información que, vinculada con el marco teórico de partida, constituye nuestro objetivo de análisis psicosocial.

Se realizó un estudio piloto en tres aulas, de 13, 15 y 17 años, para analizar la adecuación del cuestionario y garantizar la comprensión de las preguntas y las alternativas de respuesta en todos los niveles de edad de los sujetos de la muestra. La aplicación de los cuestionarios se realizó mediante encuesta personal en las aulas de los institutos, en todos los casos fue realizada por un profesor del centro, con el apoyo de dos miembros del equipo de investigación. La administración del cuestionario no excedía los 60 minutos, por lo que se realizaba durante una sesión de clase.

Resultados

La mayoría de los jóvenes se sienten satisfechos con el empleo que realizan de su tiempo libre, mostrando una clara preferencia por 'salir con los amigos' (más del 80%). De hecho, es la razón principal

para salir, aunque los consumidores, sobre todo los habituales, también valoran como motivo de salida el 'tomar una copa'. Con la edad, disminuye la práctica del deporte (sobre todo en las mujeres) y de la lectura, aumentando el interés de compartir el tiempo libre con sus iguales. Así, consideran, mayoritariamente, que el grupo de amigos es muy importante para ellos.

Beben la primera vez, fundamentalmente, porque les invitan los amigos para divertirse; algunos comentan que lo compraron conjuntamente con los amigos, considerándose responsables de la decisión de iniciar el consumo.

A las drogas que primero acceden son al alcohol y el tabaco, siendo la sustancia más consumida por los jóvenes el alcohol (55 de cada 100 declara beber). Un 35% de los jóvenes informa del consumo de alcohol una vez al mes (que consideraremos como consumo esporádico, 'CE'), el 20% informa de consumo semanal (que consideraremos consumo habitual, 'CH'). Hasta los 15 años, predomina el consumo esporádico de alcohol; a partir de los 17 años, se modifica la distribución, superando los consumidores habituales a los consumidores esporádicos.

El consumo de alcohol se realiza, básicamente, en los lugares de diversión, principalmente con los amigos durante el fin de semana, mayoritariamente los sábados por la noche. La vinculación más elevada de consumo se produce con los iguales, fundamentalmente con los amigos (el 99% de los consumidores informa del consumo de sus amigos). Las bebidas alcohólicas que consumen son, de manera destacada, combinados y cerveza. Los más jóvenes beben en la calle (litronas, cubalitos) por

resultarles más barato; los más mayores, también en bares y discotecas.

Salen, principalmente, los sábados. Los más jóvenes se quedan en la calle y, conforme aumenta la edad, se incrementa la asistencia a bares y discotecas. Las salidas empiezan siendo en horario de tarde y van retrasando la hora de regreso a su casa según cumplen años. Parece que un factor que diferencia significativamente a los consumidores, más a los habituales, se produce por salir más días y más tiempo (patrón de salida: NC, M= 2.79 días, M= 4.36 horas; CE, M= 3,26 días, M= 5.26 horas; CH, M= 3,74 días, M= 6,29 horas; de los consumidores habituales, el 25% informa que permanece más de ocho horas fuera de su casa). Lo más significativo de la disponibilidad económica de los jóvenes es la gran variabilidad de la asignación semanal (NC, M= 9.26 €; CE, M= 14.92 €; CH, M= 23.40 €), pero aparece en todas las edades diferencia significativa en el dinero del que disponen los consumidores habituales.

Conforme aumenta el consumo, se incrementan los efectos negativos del alcohol (tabla I), lo que podría deberse a que los consumidores habituales no sólo beben más a menudo, sino también en mayor cantidad. Curiosamente, la desinhibición no está señalada como uno de los principales efectos del consumo por ninguno de los grupos de jóvenes consumidores; sin embargo, al señalar en la categoría abierta 'otros efectos', sí que aparecen las consecuencias de la desinhibición: pasarlo bien, sentirme contento, disfrutar, reír, hacer locuras... En los consumidores esporádicos, destaca el porcentaje de 'nada en especial'.

TABLA I

Mayor efecto obtenido por el consumo de alcohol (porcentajes)

	CE	CH	p
Nada en especial	32.6	10.0	0.00
Desinhibirme	8.9	4.6	
Moderadamente colocado	18.0	20.1	
Emborracharme	24.4	46.9	
Sentirme enfermo	8.9	10.6	
Desmayarme	2.5	7.0	

En cuanto a los problemas como resultado del consumo (tabla II), coinciden en el aumento de la agresividad y los conflictos con los padres, y aparecen también problemas con sus obligaciones

académicas. Creemos que el mayor problema es el porcentaje de la respuesta 'no tienen ningún problema', sobre todo en los consumidores esporádicos.

TABLA II

Problemas por el consumo de alcohol (porcentajes)

	CE	CH	p
Faltar a clase	4.1	14.3	0.00
Dificultades en los estudios	3.2	5.7	0.01
Conflictos con los padres	8.7	20.2	0.00
Accidentes de circulación	1.8	6.0	0.00
Riñas y discusiones	13.2	24.7	0.00
Peleas o agresiones físicas	5.2	13.9	0.00
Pérdida de amigos/as	3.0	5.8	0.00
Pérdida de pareja	2.8	6.5	0.00
Problemas de salud	4.7	8.5	0.00
Ningún problema	60.4	43.6	0.00

Las preguntas sobre motivación las realizamos de forma genérica, sin especificar en su propia persona. Eso nos permite incluir en el estudio las respuestas de los sujetos no consumidores, para conocer la atribución que realizan de la conducta de consumo (tabla III). Apa-

rece reflejada, en todos los grupos de estudio, la asociación del alcohol con la 'diversión'. Aunque no aparecía la desinhibición como efecto, sí que aparecen motivos desinhibitorios: 'olvidar los problemas', 'superar la timidez', 'sentir emociones nuevas' y 'ligar'.

TABLA III

Motivación del consumo de alcohol (porcentajes)

	NC	CE	CH	p	P (CE/CH)
Gusta su sabor	28.9	49.4	63.8	0.00	0.00
Olvidar los problemas	35.7	32.1	36.9	0.08	0.05
Hacer lo mismo que los amigos	54.7	29.5	19.1	0.00	0.00
Superar la timidez	23	30.6	37.2	0.00	0.00
Sentirse mayor	54.7	18.7	11.7	0.00	0.00
Sentir emociones nuevas	22.0	22.5	26.6	0.08	0.06
Para divertirse	43.6	59.6	66.5	0.00	0.00
Faltan opciones de ocio	13.4	15.0	14.3	0.57	0.72
Para ligar	33.6	19.4	20.9	0.00	0.45
Lo prohíben los padres	13.4	7.9	13.5	0.00	0.00
Encontrarse mal en ese momento	13.7	8.4	10.2	0.00	0.22

En líneas generales, los resultados sobre las razones para no beber (tabla IV), reflejan los mensajes emitidos por las campañas publicitarias: 'es malo para la salud' y 'provoca accidentes'. Los consumidores, sobre todo los habituales, incrementan la importancia de las con-

secuencias inmediatas del consumo de alcohol (mareos, vómitos... es caro y engorda), reduciendo la importancia de los problemas más graves (daña la salud, se pierde el control, genera violencia, provoca accidentes y efectos negativos en la vida familiar).

TABLA IV

Razones para no consumir alcohol (porcentajes)

	NC	CE	CH	p	P (CE/CH)
Es malo para la salud	86.1	74.8	59.2	0.00	0.00
Tomar alcohol es demasiado caro	9.6	17.3	22.4	0.00	0.01
La gente pierde el control y es desagradable	57.9	44.7	32.9	0.00	0.00
A mis padres les molesta que beba	15.9	20.4	21.9	0.00	0.46
Tomar alcohol engorda	6.7	14.4	15.4	0.00	0.57
El sabor del alcohol es horrible	21.8	6.9	3.8	0.00	0.00
Ha destruido a alguien que conozco	20.7	19.9	18.4	0.55	0.48
Los efectos (resaca, mareos son molestos...)	44.0	53.3	53.2	0.00	0.99
Puede provocar violencia	55.8	41.2	33.4	0.00	0.00
Tomar alcohol va contra mis principios	15.0	3.9	4.6	0.00	0.53
Provoca accidentes graves	67.1	64.8	60.5	0.01	0.07
Provoca efectos negativos en la vida familiar	46.7	36.3	29.9	0.00	0.00

En cuanto a la percepción del consumo, se produce una clara tendencia a subestimar el número de sujetos iguales a ellos que valoran que no consumen alcohol (tabla V) y un incremento en la valoración de la cantidad que consumen los jóvenes de su misma edad, considerando el 80% que el consumo de sus iguales es excesivo. Se encuentra, además, un desplazamiento hacia las categorías de mayor consideración de consumo conforme se incrementa el consumo del propio sujeto ($p=0,00$), pero sin diferencias entre los consumidores ($p=0,24$). Sin embargo, cuando se refieren a su propio consumo, se produce un efec-

to de subestimación, no considerando que su conducta sea excesiva, situándose en niveles de 'poco' y 'normal'. Segmentada la muestra conjuntamente con la edad, se produce el mismo fenómeno en todas las edades, incluso a los 13 y 14 años.

Llama la atención que, incluso, los no consumidores perciben su conducta como atípica entre los jóvenes de su edad, no llegando el porcentaje de apreciación al porcentaje real de no consumo (que se cifra en un 42%). A partir de los 16 años, todos los jóvenes perciben que el consumo de alcohol es una conducta habitual entre los de su misma edad.

TABLA V

Percepción de los consumidores de su edad (porcentajes)

	NC	CE	CH	p	p (CE/CH)
Ninguno	1.2	0	0	0.00	0.00
Muy pocos	11.4	0.9	0.5		
Pocos	11.9	1.5	0.8		
Bastantes	31.6	18.1	12.9		
Muchos	24.9	31.9	25.8		
Casi todos	18.9	47.5	60.0		

Respecto a las variables de formación, los jóvenes se sienten bien informados sobre las drogas en general (más del 70% perciben sentirse bien informados). Los consumidores informan haber

recibido más información en interacción con sus iguales (tabla VI); esta información compartida puede servirles de apoyo mutuo en la percepción del consumo de drogas como una conducta sin riesgo.

TABLA VI

Hablado tema de drogas (porcentajes)

	NC	CE	CH	p	p (CE/CH)
Nadie	22.6	6.4	4.6	0.00	0.55
Amigos	49.2	77.6	83.5	0.00	0.00
Profesores	30.7	36.4	32.9	0.01	0.15
Padres	43	52.9	49.3	0.00	0.16
Familiares	17	31.1	35	0.00	0.10

Coinciden en considerar como lugar adecuado para llevar a cabo las acciones preventivas el centro de enseñanza, valorando también importante trabajar en los lugares de ocio y con la familia. Sin embargo, sólo una tercera parte valora conveniente incluir la formación en los programas educativos, estando de acuerdo los tres bloques de estudio. Se trataría,

pues, de intervenir desde el campo de la educación social.

Discusión

Lo primero que queremos destacar es la gran homogeneidad de los resultados obtenidos en nuestro estudio con los datos de otras investigaciones realizadas con jó-

venes, siendo paralelos los estilos de vida y la conducta de consumo que realizan.

Se confirma la edad del primer acceso entre los 13 y los 15 años (Mengual, 2001), habiendo probado el alcohol el 72% de los jóvenes. Se constata una percepción positiva de la conducta de consumo de alcohol en la afirmación de algunos jóvenes de que se iniciaron en la bebida como una opción personal y que consumen alcohol por propia decisión, responsabilizándose de llevar a cabo la conducta de riesgo voluntariamente, porque les gusta el alcohol. Posiblemente, el afán de descubrimiento del adolescente les lleve a probar las distintas sustancias, siendo superior, en todos los casos, los porcentajes del primer acceso que los de consumo.

Realizan la conducta de consumo un 55%, habiendo insertado en su estilo de vida de ocio la conducta de consumo (Carrasco, 1999), y en interacción con el grupo de iguales (Comas, 1993; Parra, 1994; Pons y Berjano, 1999), lo que se puede explicar, entre otras cuestiones, por la uniformidad de comportamiento del grupo. Destaca, así, la importancia del grupo de referencia sobre el grupo de pertenencia en relación al consumo de alcohol.

Se confirma la vinculación entre el consumo de alcohol y el consumo de las otras drogas (Comas, 1990; Paniagua y col., 2001), constituyéndose el alcohol en un factor de progresión hacia el consumo de otras drogas (Santo-Domingo, 2002), ya que no se abandona el uso de una sustancia para consumir otra, sino que pasan a ser consumidores de múltiples sustancias, aunque ello, por supuesto, no

implique que todos los consumidores de alcohol accedan a los otros consumos.

La percepción del saldo entre ganancias y pérdidas en el consumo de alcohol se dirige en los sujetos consumidores hacia las ganancias.

El efecto negativo que informan con mayor frecuencia por efecto del consumo de alcohol es emborracharse, que ellos tampoco valoran negativamente y consideran bajo su control. Además, no perciben haber tenido problemas como consecuencia del consumo, señalando la mayoría 'ningún problema'. Esta percepción puede llevarles a seguir consumiendo sin considerarlo una conducta de riesgo, puesto que no perciben los efectos perjudiciales del alcohol. No podemos olvidar que la etapa del desarrollo psicológico del adolescente ('pensamiento mágico') les lleva a negar o infravalorar un problema (Suárez, 2003). Parece que los consumidores reducen la peligrosidad del consumo de alcohol, percibiendo en menor medida que éste pueda ocasionarles problemas graves.

Así, no perciben consecuencias desagradables por la ejecución de la conducta de riesgo. Sin embargo, sí que obtienen beneficios, básicamente, 'diversión', reflejando la relación social establecida con el binomio alcohol/diversión, lo que les lleva a cumplir el patrón de 'pasarle bien el fin de semana'.

Reconocen como razones para no consumir que es malo para la salud. Pero, en los consumidores, este componente cognitivo no se acompaña con la conducta que llevan a cabo. Una explicación posible, como ya hemos visto, es que la adopción de medidas preventivas

de la salud se realiza a partir del análisis personal de la relación entre costes y beneficios. De hecho, cuando los beneficios se perciben superiores a los costes la conducta se ejecuta. En el consumo de alcohol, los beneficios son inmediatos y seguros, mientras que los costes son a largo plazo e inciertos. Además, en la juventud prima la inmediatez; prueba de ello es que destacan los problemas inmediatos ocasionados por el exceso de alcohol.

La renuncia a la diversión con los amigos es una pérdida elevada cercana y cierta, en contra de la pérdida de salud que es una pérdida elevada pero a largo plazo e incierta. De esta manera, el beneficio percibido de la diversión actúa como motivador de la conducta, unido a la percepción de la norma social de grupo de consumo de alcohol reflejada en el sesgo de falsa unidad. A su vez, destaca un sesgo de falso consenso en la apreciación de los consumidores. Esta percepción social les sirve para justificar su conducta y unificarse con el comportamiento de los otros jóvenes, a la vez que les lleva a mantener la conducta de riesgo. Posiblemente en función de la comparación normativa, consideran su consumo dentro de la normalidad, no encontrándose una valoración objetiva ni para sí mismos ni para los demás.

Intervención desde la Educación para la Salud

Entendemos que las pautas de intervención deben producirse a dos niveles, macrosocial y microsocia, y, si se coordinan las medidas de ambos niveles, la posibilidad de éxito será mayor.

A nivel macrosocial, son imprescindibles las campañas de publicidad dirigi-

das a informar y orientar a la población en general y a los jóvenes en particular. Pero, la información, aún siendo condición necesaria, no es suficiente para abandonar el comportamiento de riesgo, ya que el nivel informativo no se corresponde con la adopción de conductas preventivas (Barrio, de la Fuente y Camí, 1993; Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994), no actuando, por sí sola, como variable protectora del consumo (Berjano, 1991). El individuo sólo dejará la práctica de riesgo cuando:

1. Sea capaz de privarse de las satisfacciones que le produce la conducta (todo lo contrario de lo que promueve una sociedad de consumo y hedonista como la nuestra),
2. Encuentre satisfacciones igualmente placenteras en un comportamiento sin riesgo.

Fruto de esto, se incluyen, en las medidas de prevención, alternativas de ocio que puedan atraer a los jóvenes y no se asocien con los consumos, creando patrones conductuales que conlleven menor riesgo para la salud (Zweig, Buberstein y McGinley, 2001; García Carrasco, 2004). Pero también hay que reforzar el componente formativo con información algo más especializada que la que transmiten los medios de comunicación, para reforzar el componente cognitivo.

A nivel microsocia, es fundamental el papel que desempeñan los diferentes grupos de los que los individuos forman parte, principalmente su grupo de iguales. Si somos capaces de producir el cambio del grupo, se originará un cambio en el individuo al modificar las presiones normativas que sostienen al grupo.

El proceso de educación para la salud en el consumo de drogas requiere una reflexión en la acción (Mezirow, 1994), incorporando la transformación de las percepciones que intentan dar sentido a la realidad social y su relación con el consumo de alcohol; el objetivo actual en el ámbito preventivo es implicar a los jóvenes (Salvador-Lliviana, 2000). Debemos partir de las situaciones de los consumidores y de sus propias apreciaciones de la realidad, para modificar los aspectos de su estilo de vida que afecten a la salud, como el consumo de alcohol. Para ello, los puntos a desarrollar son:

- Proporcionar información sobre las drogas realista, sin transmitir miedos ni alarmismos y centrada en las consecuencias inmediatas del abuso, en torno a los riesgos de la conducta de consumo, para entrenar a los jóvenes a evitarlos.
- Eliminar los sesgos perceptivos que mantienen las normas sociales de grupo, confrontando con los datos reales del consumo de alcohol.
- Desarrollar las habilidades para enfrentar la presión del grupo y mantener la posición personal.
- Entrenamiento en la toma de decisiones, en el análisis de la situación y de sus propios intereses, para optar libremente por la alternativa deseada.
- Intervenir en los grupos de referencia y no, exclusivamente, sobre los individuos aislados.
- Todo ello, como un continuo desde la infancia y a lo largo del desarrollo, no centrándose puntualmente en el consumo de drogas (León, 1999), sino dentro de un marco socializador y enmarcado en los agentes educati-

vos sociales para dotar la intervención de la dimensión global precisa, más allá del contexto curricular.

En definitiva, la intervención desde la pedagogía social debe ir en la dirección de educar desde la infancia los valores de la salud, de responsabilidad personal hacia las decisiones de factores de salud y autocontrol de la conducta basada en motivaciones internas y coherentes con un estado de salud, satisfactoriamente, sano.

Bibliografía

- BARRIO, G.; DE LA FUENTE, L. y CAMÍ, J. (1993): "El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo". *Medicina Clínica*, 101, 344-355.
- BLANCO, A. y COL. (2000): "Supuestos teóricos por un modelo psicosocial de la conducta de riesgo", en YUBERO, S. y LARRAÑAGA, E. (coord.): *Sida: una visión multidisciplinar*. Cuenca: Servicio de Publicaciones UCLM, 41-62.
- BERJANO, E. (1991): "El uso indebido de las drogas", en GARCÍA, J. (ed.): *La Comunitat Valenciana en l'Europa Unida. Benestar i protecció social*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- CARRASCO, A. M. (1999): "El consumo de alcohol en los adolescentes españoles en el contexto de sus estilos de vida". Tesis doctoral.
- COMAS, D. (1990): "Las drogas en la sociedad española", en GINER, S. (ed.): *España. La sociedad*. Madrid: Espasa.
- (1993): *Los jóvenes y el uso de drogas en los años 90*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- FISHER, J. D. (1988): "Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behaviour and AIDS preventions". *American Psychologist*, 43, 914-920.

- FROMME, K.; KATZ, E. y RIVET, K. (1997): "Outcome expectancies and risk-talking behavior". *Cognitive Therapy and Research*, 21, 421-442.
- GARCÍA CARRASCO, A. M. (2004): "Consumo de alcohol y estilos de vida: una tipología de los adolescentes españoles". *Revista de Psicología Social*, 19 (1), 51-79.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. y BENITO, J. (2000): "Educación para la salud y elementos socioculturales de la alcoholización". *Anales de Pedagogía*, 18, 111-124.
- GIBBONS, F. X.; HELWEG-LARSEN, M. y GERRARD, M. (1995): "Prevalence estimates and adolescent risk behavior: cross-cultural differences in social influence". *Journal of Applied Psychology*, 80 (1), 107-121.
- GRUND, J. P. C., FRIEDMAN, S. R. y STERN, L. S. (1996): "Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens". *Social Science Medicine*, 42, 691-703.
- HEIDER, F. (1958): *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley and Sons.
- KAHNEMAN, D. y TVERSKY, A. (1984): "Choices, values and frames". *American Psychologist*, 39, 1333-1335.
- LEÓN, J. C. (1999): "Análisis psicosocial de las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes españoles". Tesis doctoral.
- LÓPEZ-SÁNCHEZ, E.; ROS, I. y DE LA RUEDA, E. (2001): "Llorar en compañía". *Información Psicológica*, 76, 59-62.
- MENGUAL, P. (2001): "Estudio de los hábitos y conductas relacionadas con la salud de los escolares de la ciudad de Córdoba". Tesis doctoral.
- MEZIRROW, J. (1994): "El aprendizaje transformativo en el centro de trabajo", en PALAZÓN, F. y TOVAR, M. (comp.): *I Jornadas de formación ocupacional y educación permanente*. Murcia: Forem, 65-85.
- MILLER, D. T. y PRENTICE, D. A. (1996): "The construction of social norms and standards", en TORY HIGGINS, E. y KRUGLANSKI, A. W. (eds.): *Social psychology. Handbook of basic principles*. New York: The Guilford Press, 799-829.
- MONCADA, A. y PÉREZ, K. (2001): "Fiabilidad y validez del autoinforme en consumo de drogas en la población escolarizada de secundaria". *Gaceta Sanitaria*, 15 (5), 406-413.
- PÁEZ, D.; UBILLOS, S.; PIZARRO, M. y LEÓN, M. (1994): "Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 141-149.
- PANIAGUA, H. y COL. (2001): "Consumo de alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno". *Anales de Pediatría*, 55 (2), 121-128.
- PARRA, J. (1994): "Los adolescentes y su cultura del alcohol y de la moda", en *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva*. Madrid: CCS.
- PIERCE, J. P. et al. (2002): "La publicidad de tabaco ¿Incrementa el hábito de fumar en los adolescentes? Datos desde California". *Gaceta Sanitaria*, 16 (2), 69-76.
- PONS, J. Y BERJANO, E. (1999): *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- RÍO, B. Y GAZOPO, A. (2001): "Prevención secundaria en jóvenes consumidores de drogas de síntesis". *Trastornos adictivos*, 3 (2), 41-54.
- SALVADOR-LLIVIANA, T. (2000): "Avances y retos en prevención del abuso de drogas". *Papeles del Psicólogo*, 77, 18-24.
- SANTO-DOMINGO, J. (2002): "El desarrollo personal del joven y el alcohol". *Trastornos adictivos*, 223-232.

- SUÁREZ, F. (2003): "El adolescente ¿Un problema? Un futuro". *Semergen*, 29 (Supl.1), 40-49.
- VAN DER PLIGT, J. (1996): "Risk percepción and self-protective behavior". *European Bulletin*, 1, 34-43.
- VEGA, A. (1998): *Cómo educar sobre el alcohol en la escuela*. Salamanca: Amarú.
- VIELVA, I. Y PANTOJA, L. (1998): "Estudio cualitativo sobre el consumo de drogas de síntesis en Bizkaia. Interrogantes para la Pedagogía Social". *Pedagogía Social*, 1, 7-23.
- ZWEIG, J. M.; BUBERSTEIN, L. Y MCGINLEY, K. A. (2001): "Adolescent health risk profile: the co-occurrence of health risk among females and males". *Journal of Young and Adolescence*, 30 (6), 707-728.

Dirección de los autores:

Elisa Larrañaga, Santiago Yubero, Raúl Navarro y M. Carmen Sánchez

Universidad de Castilla-La Mancha.

Facultad de Humanidades y Educación / E. U. Trabajo Social

Avenida de los Alfares 44.

16071 Cuenca

E-mail: Elisa.Larranaga@uclm.es

Fecha de entrada: 26-01-05

Fecha de recepción definitiva de este artículo: 28-07-05