



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“LOS ADOLESCENTES EN EL MUNDO DEL ALCOHOL”**

**Autor/a:**

D./D<sup>ª</sup>. Noelia Nieto Valdivieso

**Tutor/a:**

D./D<sup>ª</sup>. Jose Antonio García de Coca

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2014 - 2015

FECHA DE ENTREGA: 25 de junio de 2015

*“El alcohol provoca el deseo, pero frustra la ejecución”.*  
*William Shakespeare.*

*“El alcoholismo es la pérdida de la libertad frente al alcohol”.*  
*Pierre Fouguet.*

### **AGRADECIMIENTOS**

Mis agradecimientos al Colegio Sagrado Corazón del Municipio de Venta de Baños y al Instituto Canal de Castilla en Villamuriel de Cerrato y a todas las personas que me han orientado para el desarrollo de esta investigación.

## **INDICE**

RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	7
1. MARCO TEORICO.....	8
1.1 La adolescencia. Análisis e interpretación psicosocial.....	8
1.1.1 Concepto.....	8
1.1.2 Desarrollo psicoevolutivo: etapas básicas.....	10
1.1.3 Rasgos característicos.....	11
1.2 El alcoholismo y sus consecuencias.....	12
1.2.1 Concepto.....	12
1.2.2 Factores de riesgo y de protección.....	13
1.2.3 Indicadores de consumo.....	15
1.2.4 Consecuencias.....	16
1.3 La importancia de la familia.....	18
2. MARCO JURÍDICO.....	19
2.1 Nivel Estatal.....	19
2.2 Nivel Autonómico.....	19
3. METODOLOGÍA.....	20
3.1 Fundamentación del estudio.....	20
3.2 Objetivos generales y específicos.....	20
3.3 Método de la investigación.....	21
3.3.1 muestra.....	21
3.3.2 instrumentos.....	21
3.3.3 Variables.....	21

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	22
4.1 Edad y género.....	22
4.2 importancia de las relaciones de amistad.....	23
4.3 Hábitos de consumo.....	25
4.4 Percepción del colectivo juvenil frente al consumo.....	27
4.5 Vías de información.....	30
4.6 Adquisición del alcohol.....	31
5. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	32
5.1 Concepto de prevención y tipos.....	32
5.2 Políticas Institucionales.....	33
5.3 Estrategias y métodos en prevención. Políticas de alcohol.....	35
5.3.1 Políticas de alcohol.....	35
5.3.2 Política de Salud Pública.....	35
5.3.3 Política impositiva y de precios.....	36
5.3.4 Medidas que regulan la disponibilidad física del alcohol.....	36
5.3.5 Estrategias que modifican el contexto del consumo.....	37
5.3.6 Estrategias para regular la promoción de bebidas alcohólicas.....	38
5.3.7 Estrategias educativas y de persuasión.....	39
5.3.8 Intervenciones breves con bebedores de riesgo.....	40
6. LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL. PROCESO DE INTERVENCIÓN.....	41
6.1. Proceso de Intervención.....	41
6.6.1 Atención a la demanda inicial.....	41
6.6.2 Valoración interdisciplinar.....	42
6.6.3 Evaluación y diseño del Programa Personalizado de Intervención.....	43
6.6.4 Desarrollo del Programa Personalizado de Intervención.....	44
6.6.5 Coordinación.....	46
6.2 Subgrupos de Intervención.....	47
CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	51

## **INDICE DE TABLAS**

Factores de riesgo y protección asociados al ámbito familiar.....	13
Factores de riesgo y protección asociados al ámbito comunitario.....	14
Factores de riesgo y protección asociados a las relaciones con iguales .....	14
Factores de riesgo y protección asociados al ámbito escolar.....	14
Factores de riesgo y protección asociados al ámbito personal.....	14
Cuando se consume.....	22
Tiempo libre.....	23
Estaría dispuesto de dejar de ir con mis amigos porque beben.....	24
Si no bebes, ¿Tus amigos te hacen sentir inferior?.....	24
Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol.....	25
Tipo de bebida.....	25
Por qué se bebe.....	26
Cantidad de consumo.....	27
Salir a beber con los amigos el fin de semana.....	27
El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial.....	28
¿Cree que existe un problema de alcoholismo en los jóvenes?.....	28
La juventud bebe de forma razonable.....	29
Por qué los jóvenes creen que bebe la gente.....	29
Por qué vías se recibe información .....	30
¿Es fácil conseguir alcohol?.....	31
¿Piden el DNI en los bares cuando se pide bebidas alcohólicas?.....	31
Proceso de atención integral a las drogodependencias.....	41

## **RESUMEN**

El consumo de alcohol en la adolescencia es uno de los problemas más graves que existen hoy en nuestra sociedad, fenómeno que ha ido creciendo desde principios de los años ochenta. La edad de inicio del consumo de los jóvenes está disminuyendo, cada vez, son más los adolescentes, que empiezan a consumir a una edad más temprana, la edad media actual, son los 13 años. Este consumo precoz lleva consigo problemas en su desarrollo. A este problema se le añade la actitud normalizada, la institucionalización del consumo de bebidas alcohólicas. Todo ello, dificulta la prevención y la protección de estos menores.

**Palabras clave:** alcohol, adolescencia, prevención, protección e intervención.

## **ABSTRACT:**

Alcohol consumption in adolescence is one of the most serious problems that exist nowadays in our society; it is a phenomenon that has been growing since the early eighties. The beginning of the consumption in the youth collective is diminishing, each time there are more teenagers who start consuming at an earlier age, the average age is 13 years old. This precocious consumption leads to problems in the development of these young people. Added to this problem are the standardized attitude and the institutionalization of the consumption of alcoholic beverages. This hinders the prevention and protection of these minors.

**Keywords:** alcohol, adolescence, prevention, protection and intervention.

## **INTRODUCCIÓN**

Desde muy pequeños, los adolescentes perciben el consumo de alcohol como algo absolutamente normal, con gran significación simbólica para las relaciones, la diversión y la celebración. No es sorprendente, por tanto, que en el proceso de crecimiento, uno de los elementos que se incorporan sea el consumo del alcohol.

En las últimas décadas la sociedad española ha ido modificando los patrones de uso de alcohol, pasando de un consumo típicamente mediterráneo (consumo diario moderado y acompañando las comidas), cuyo inicio y pautas de aprendizaje se establecían en el marco familiar, a otras de uso juvenil caracterizadas por una intensa concentración de ingesta rápida y abundante de bebidas alcohólicas, asociada a los espacios de ocio, sin consumo significativo durante la semana en el ámbito doméstico.

Para un adolescente beber tiene sentido en espacios y momentos al margen del control adulto, en la búsqueda de unos efectos psicoactivos que asocia con una mayor diversión y con ritos de celebración grupal.

Son muchos los factores que intervienen en el consumo de alcohol adolescente: La personalidad del sujeto, la fase evolutiva que atraviesa, la influencia de la familia, la influencia de los amigos, el ambiente social, el contexto socioeconómico y su disponibilidad.

A lo largo de este trabajo, vamos a realizar un análisis sobre el consumo de alcohol en los adolescentes. Nuestro objetivo es acercarnos a los jóvenes y averiguar hasta qué punto interviene o afecta el alcohol en la calidad de vida de dichos jóvenes. Para ello, este trabajo está estructurado en varias partes. En primer lugar, vamos a contextualizar la realidad en la que nos vamos a centrar, cuáles son los temas que vamos a tratar, qué es el alcohol, cuáles son los factores de riesgo, los indicadores de consumo y las consecuencias que tiene el consumo. Por otro lado, no se puede explicar el consumo de alcohol en la adolescencia, sin considerar previamente qué es la adolescencia, qué características tiene y cuáles son las fases de esta etapa. Además, es imprescindible tratar la importancia o papel que tiene la familia en todo este entramado. En segundo lugar, es importante establecer el marco jurídico en el que nos movemos. En tercer lugar, nos vamos a centrar en el análisis y los datos cuantitativos obtenidos del cuestionario que hemos pasado a los jóvenes de la E.S.O. De ese modo, en base a los resultados obtenidos poder tener una perspectiva real, de la calidad de vida y las ideas que tienen nuestros jóvenes en la realidad actual. En cuarto lugar, vamos a tratar la prevención, las estrategias y políticas con las que contamos. Y por último, una vez establecido el problema, que recursos están disponibles para la actuación con los jóvenes con problemas de alcoholismo.

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. La adolescencia. Análisis e interpretación psicosocial.**

#### **1.1.1. Concepto de adolescencia.**

A la hora de definir la adolescencia, existen diferentes concepciones. Por un lado, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. No obstante, definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Por un lado, la madurez física, emocional y cognitiva, es diferente en cada persona. Y por otro lado, la duración es variable en cada persona y la temporización es diferente en cada cultura.

Por otro lado, el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual, y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997). Este periodo, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y está determinado por cuatro factores (Coon, 1998):

- 1) El entorno familiar.
- 2) La experiencia escolar.
- 3) El marco cultural.
- 4) Las condiciones económicas y políticas del momento.

Ha de interpretarse la adolescencia como un período de experimentación, de cambio, de crecimiento a múltiples niveles. La palabra adolescencia, significa crecer, desarrollarse, dejar atrás, en el sentido de lograr la independencia psicológica y física en base a una responsabilidad y funcionamientos sociales cada vez mayores. Es una etapa de la vida entre la infancia y la adultez que implica transformaciones en las esferas biológica, psicológica, social y moral.

En estas transformaciones podemos encontrar dos elementos: uno positivo, la fuerza ascendente de la personalidad, así como la vitalidad que se abre paso y uno negativo, que es la falta de experiencia sobre la realidad, caracterizado, por inseguridades, pérdidas, angustia, temores, fantasías, ilusiones, esperanzas y proyectos que condicionan el comportamiento de los jóvenes.

Existen una serie de perspectivas que tratan la adolescencia:

G. Stanley Hall (1844-1924) es considerado como el precursor del estudio científico de la adolescencia. Su idea principal fue la de identificar la adolescencia como un periodo turbulento dominado por los conflictos y los cambios anímicos (un periodo de tormenta y estrés).

Desde el *psicoanálisis (Sigmund Freud)* se parte de considerar la adolescencia como el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en ocasiones inadaptativos.

El adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia, de índole afectiva, que supone romper los vínculos afectivos de dependencia anteriores. Durante el periodo de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente experimenta regresiones en el comportamiento (identificación con personajes famosos, fusión con ideales referidos a la belleza, la religión, o la política, inestabilidad emocional, contradicciones en los deseos o pensamientos, cambio en los estados de humor y comportamiento, la rebelión y el inconformismo). En conjunto, el individuo tiene que ir construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Por tanto, el psicoanálisis acentúa la importancia de los factores internos en el curso adolescente, que desencadenan conflictos de integración social.

Desde la *perspectiva cognitivo-evolutiva (Jean Piaget)* la adolescencia es vista como un período en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, y por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta etapa los jóvenes acceden en a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal. Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, por una interacción entre factores individuales y sociales.

Por último, desde la *perspectiva sociológica*, la adolescencia es el período en el que los jóvenes tienen que realizar los procesos de socialización a través de la incorporación de valores creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles sociales. El sujeto tiene que hacer frente a las exigencias y expectativas adultas. En este caso la adolescencia es vista como el resultado individual de las tensiones que se generan en el ámbito social, cuando los jóvenes reclaman un estatus de independencia en la sociedad. Desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral, como soporte necesario de ese tránsito desde una situación de dependencia a otra de independencia. El proceso de a la sociedad adulta les coloca en una situación de vulnerabilidad. Por tanto, la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo.

### **1.1.2 Desarrollo psicoevolutivo: etapas básicas.**

Aunque la división de las etapas de la adolescencia sea complicado, debido a que el desarrollo es un proceso continuo, en constante cambio, la mayor parte de los autores han encontrado un patrón común, estableciendo tres etapas:

*La Adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 13 años.* Se presentan los primeros cambios físicos, se inicia el proceso de maduración psicológica. El adolescente trata de crear sus propios criterios. La separación de los padres apenas comienza, con una actitud rebelde pero sin un distanciamiento real. Socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Son frecuentes las demostraciones de mal genio, así como las rabietas que casi siempre van dirigidas a los padres. La familia se convierte en un factor importante ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio. (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

*La Adolescencia intermedia, que abarca de los 14 a los 17 años.* En este período se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración en un grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades; empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno. La separación de la familia comienza a hacerse más intensa, siendo una de sus características primordiales. Se inicia un periodo de selección y prueba de diferentes intereses y amistades. El centro de interés está en las relaciones interpersonales y en la elaboración de las ideas propias y en descubrir las ideas de los demás. (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

*La Adolescencia tardía, que abarca de los 18 a los 21 años.* En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Se caracteriza por un periodo de mayor compromiso y la consolidación de una autoimagen estable. Se desarrolla una capacidad que permite planificar mirando hacia el futuro. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades. Es el momento en el que surgen las relaciones personales estables. En las relaciones familiares suele ocurrir un nuevo acercamiento, imponiéndose una mayor tolerancia hacia la diferencia. (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

### 1.1.3 Rasgos característicos.

A lo largo de la adolescencia se llevan a cabo una serie de cambios.

*Desarrollo físico.* No se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia temprana o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

*Desarrollo psicológico.* La aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en cómo el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico. Se alcanza la independencia respecto a la familia, se establecen relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía (Mussen et. al., 1982).

*Desarrollo emocional.* Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los papeles que ellos realizan y los demás. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

*Desarrollo social.* En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad influye. En el desarrollo social y las relaciones de los adolescentes aparecen necesidades importantes entre las que destacan: necesidad de formar relaciones afectivas satisfactorias, necesidad de ampliar amistades, necesidad de aceptación y reconocimiento, necesidad de aprender, adquirir habilidades que contribuyan al desarrollo personal y social (Rice, 2000).

En general, aparecen nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes de su misma edad. Por otro lado, si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y una buena comunicación, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes. Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de un grupo. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

## **1.2. El alcoholismo y sus consecuencias.**

### **1.2.1 Concepto:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define como bebida alcohólica “todo líquido que contiene etanol (alcohol etílico) y está destinado a ser bebido”.

El alcohol etílico o etanol, es un líquido incoloro, de sabor urente y olor fuerte. Se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como uva, remolacha, patata. Se trata de una droga depresora presente en las bebidas alcohólicas, con gran afinidad sobre el sistema nervioso central y con capacidad de provocar cambios en el comportamiento. Tiene una absorción rápida, alcanzando su máximo y su concentración a los 45-60 minutos (depende de si se ha comido o no y del tipo de bebida). Los efectos de la intoxicación crecen a medida que se incrementa la concentración.

Según la Organización Mundial de la Salud, el alcohol es considerado como una droga, pues cumple con los criterios que definen a una sustancia como tal: genera adicción, provoca tolerancia y su ausencia provoca el síndrome de abstinencia.

Cuando el alcohol se consume de una forma habitual y en cantidades excesivas puede dar lugar al alcoholismo.

El alcoholismo se puede definir como un estado de dependencia física y psíquica del individuo, que determina una serie de conductas dirigidas al consumo compulsivo y continuado del alcohol. Es un término de significado variable, que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol a pesar de sus consecuencias adversas.

El término alcoholismo fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado. La imprecisión del término hizo que un Comité de Expertos de la OMS lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, síndrome de dependencia del alcohol, que es uno de los muchos problemas relacionados con el alcohol.

### 1.2.2 Factores de riesgo y de protección.

Los factores de riesgo y de protección los entendemos como aquellas circunstancias, tanto psicológicas como biológicas, familiares o sociales, cuya presencia tiene como resultado el aumento o la disminución de las probabilidades de aparición de una determinada conducta. El uso de bebidas alcohólicas es algo cotidiano en nuestra sociedad, pero no está exento de riesgo, y sobre todo si ese consumo se produce en edades inferiores a 18 años.

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol, varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol.

Si la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el equilibrio bio – psico – social del individuo, el alcoholismo es el paradigma de la pérdida de salud, es decir de enfermedad, pues las tres parcelas se ven gravemente dañadas, algunas incluso de forma irreversible por el consumo dañino de bebidas alcohólicas.

Hay múltiples posibilidades de clasificación de los factores de riesgo y protección. Nosotros utilizaremos la clasificación en función del ámbito familiar, comunitario, relaciones con iguales, ámbito escolar y familiar que hacen Becoña y Cortés, 2011.

<b>Tabla 1. Factores de riesgo y protección asociados al ámbito familiar</b>	
<b>Factores de protección</b>	<b>Factores de riesgo</b>
Apego familiar. Integración familiar. Creencias saludables. Estándares de conducta. Altas expectativas parentales. Sentido de confianza. Dinámica familiar positiva.	Baja disciplina. Consumo de sustancias de los padres. Actitudes favorables al consumo. Baja supervisión. Conflicto familiar. Historia familiar de conducta antisocial. Abuso físico. Bajas expectativas de éxito.

**Tabla 2. Factores de riesgo y protección asociados al ámbito comunitario**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores de protección</b>
Desorganización comunitaria. Cambios y movilidad de lugar. Creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo. Disponibilidad y accesibilidad al alcohol. Baja percepción social de riesgo.	Sistema de apoyo externo positivo. Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. Disminución de accesibilidad. Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. Redes sociales y sistemas de apoyo.

**Tabla 3. Factores de riesgo y protección asociados al ámbito de relaciones con iguales**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores de protección</b>
Actitudes favorables de los compañeros. hacia el consumo de drogas. Compañeros consumidores. Conducta antisocial o delincuencia. Rechazo por parte de los iguales.	Apego a iguales no consumidores. Relación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela. Resistencia a la presión y no ser fácilmente influenciado por los iguales.

**Tabla 4. Factores de riesgo y protección asociados al ámbito escolar**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores de protección</b>
Bajo rendimiento académico. Bajo apego a la escuela. Tamaño de la escuela. Conducta antisocial en la escuela.	Escuela de calidad y oportunidades y refuerzo para la implicación. Creencias saludables. Apoyo de los profesores y personal del centro. Clima institucional positivo.

**Tabla 5. Factores de riesgo y protección asociados al ámbito personal**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores de protección</b>
Biológicos (edad, sexo). Psicológicos (actitud favorable al consumo, valores ético-morales). Conductuales (conducta antisocial, consumo temprano, agresividad) Rasgos de personalidad.	Creencia en el orden social y en la Autoeficacia. Desarrollo de habilidades sociales. Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. Orientación social positiva. Poseer aspiraciones de futuro. Resiliencia.

### 1.2.3 Indicadores de consumo.

Existen diversas actitudes y comportamientos de los adolescentes que permiten sospechar el consumo de drogas:

#### *Área emocional:*

- Cambios de humor, cambios básicos en el modo de ser.
- Indiferencia en relación con lo que le rodea.
- Poco amor propio y autoestima.

#### *Familia:*

- Actitud muy reservada y posible alejamiento.
- Presencia de mayores conflictos en el hogar y desobediencia.
- Pérdida de comunicación.

#### *Escuela:*

- Absentismo y llegadas fuera de hora a clase.
- Problemas de conducta y descenso de las calificaciones.
- Actitud negativa.

#### *Grupo de iguales y vida social:*

- Abandono de viejos amigos, apareciendo problemas con la ley.
- Inicio de relaciones con personas que consumen drogas.
- Llamadas telefónicas o mensajes que encubren información sobre drogas.
- Cambio hacia estilos poco convencionales en la forma de vestir y en la música.

#### *Efectos físicos:*

- Ojos irritados.
- Pérdida de peso y trastornos de sueño.
- Fatigabilidad o hiperactividad.
- Cefaleas o temblores.
- Deterioro de la higiene personal.

#### *Otras realidades que sugieren un posible consumo de drogas:*

- Cambios en los horarios de sus actividades y su ritmo de sueño y alimentación.
- Desaparición de objetos de valor.
- Desaparición de medicamentos.
- Accesorios típicos de consumo.

#### 1.2.4 Consecuencias.

Partimos de la premisa, de que existen una serie de factores causales que facilitan el consumo de alcohol:

- *Factores sociales:* fácil acceso al alcohol, la aprobación social, el efecto de la publicidad de bebidas alcohólicas y la relación con las actividades de ocio.
- *Factores familiares:* los patrones educativos del adulto frente al adolescente, clima familiar conflictivo, falta de comunicación, aislamiento, consumo familiar.
- *Factores personales:* desinformación, falta de prejuicios, actitudes favorables al consumo, problemáticas personales.

Es obvio, que el consumo de alcohol tiene una importante repercusión en la salud. En todos los Estados preocupa especialmente el consumo de alcohol y drogas en cualquier etapa de la vida, pero muy especialmente en jóvenes y adolescentes. En España el consumo de alcohol en jóvenes, ocasionalmente unido a drogas, se ha incrementado durante las actividades de ocio y en fin de semana, así lo muestra el Observatorio Español sobre Drogas en su informe 2011 en el que destaca, entre las principales consecuencias negativas en población joven:

- La intoxicación etílica aguda con descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, llegando incluso a provocar la muerte.
- Problemas escolares y del rendimiento escolar.
- Sexo no planificado.
- Problemas legales por comportamientos delictivos, conductas antisociales, daño deliberado a bienes públicos y peleas físicas.
- Problemas afectivos.
- Alcohol con consumo de otras drogas, se considera al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias.

El uso continuado del alcohol produce tolerancia, la cual se caracteriza por una disminución de los efectos con la misma cantidad de alcohol. La falta de administración en la persona acostumbrada a beber produce dependencia física y dependencia psíquica. Si la dependencia es muy fuerte la sintomatología puede ser muy grave, (temblores, convulsiones, taquicardia, alucinaciones, delirios). La extensión y gravedad de los problemas ocasionados por alcohol están directamente relacionados con la cantidad de alcohol consumida por el conjunto de la población.

Existen una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias:

❖ *La dependencia del alcohol.*

Conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de alcohol, incluyendo el deseo intenso de consumo, dificultades para controlar el consumo, mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia. La necesidad de beber puede ser para afrontar distintas situaciones, para sentirse tranquilo, para perder miedo, etc. Todo ello va unido a una falsa percepción de la realidad. Esto es lo que determina la dependencia psicológica.

❖ *Abuso de alcohol*

Forma de consumo de alcohol que causa daño a la salud, tanto de tipo físico o mental, Debe haber pruebas claras de que el consumo de alcohol ha causado un daño físico, psicológico o conductual, incluida la capacidad de deterioro del juicio. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces. Podemos decir que una persona está abusando del alcohol cuando el consumo de bebidas alcohólicas, lo realiza un menor. También se considera un abuso cuando la cantidad ingerida provoca alteraciones en el comportamiento y según la cantidad puede llevar a situaciones como la embriaguez o intoxicación etílica aguda o incluso el coma etílico, poniendo en riesgo la vida de la persona.

❖ *Intoxicación alcohólica aguda*

La intoxicación etílica aguda (borrachea) es un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual de la persona. Los síntomas dependen de las dosis de alcohol en sangre ingeridas y se caracteriza por la presencia de síntomas neurológicos: Lenguaje farfullante, incoordinación motora, marcha inestable, deterioro de la atención y la memoria. Estos síntomas, pueden estar acompañados de desinhibición conductual, cambios desadaptativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad laboral o social). Dependiendo de la cantidad ingerida de alcohol y de la tolerancia, la intoxicación etílica aguda puede oscilar desde leve desinhibición hasta coma, depresión respiratoria y muerte.

❖ *Abstinencia de alcohol*

Aparece cuando el consumo se suprime o disminuye, dando lugar a hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial), temblor de manos, insomnio, náuseas y vómitos, ansiedad y sensación de necesidad imperiosa de beber para aliviar los síntomas.

### **1.3. La importancia de la familia.**

El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos. Los padres son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos (Silverman, 1991). La influencia de otros contextos sociales, pasa normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias. Muy especialmente en el caso de las drogas institucionalizadas, la actitud más o menos crítica de los padres ante ellas, así como sus propias pautas de consumo, pueden desviar o reforzar la fuerza de los medios de comunicación o la presión del grupo de iguales como agentes desencadenantes.

La influencia de la familia debe ser contemplada desde dos vertientes. En primer lugar, el consumo de alcohol por parte de los padres puede propiciar el consumo de los hijos. Por otra parte, la existencia de problemas en la familia y sus consecuencias en el clima familiar es uno de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas (Alonso- Fernández, 1979; Vega, 1981).

La familia es el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización y la personalidad del individuo. La familia, enseña principalmente cómo someterse a la sociedad, al tiempo que deposita en éste un elaborado sistema de restricciones y permisiones. (Musitu, 1983; 1986).

Puede considerarse la familia como sistema social, unidad formada por un número de individuos reunidos por lazos íntimos y complejos, basada en acuerdos voluntarios entre adultos y en donde predomina una tendencia democrática en las relaciones pero con una clara delimitación de papeles, encontrándose los hijos en el papel de protegidos y guiados frente a los adultos que son los protectores y guías. Desde esta perspectiva, el adulto modela en buena parte la conducta del hijo.

Por otro lado, es un hecho constatado que el consumo de drogas por los padres propicia el consumo de la misma u otras sustancias por los hijos (Davidson, Choquet y Bellanger, 1980; Lasse y Carlson, 1980). A este hecho, se le puede añadir la dificultad que tiene que ver con el carácter institucionalizado de esta sustancia.

Esta casi imperceptible la inducción al consumo, a través de la normalidad de unos usos familiares habituales. En contraposición, en el caso de las drogas no institucionalizadas, cuya imagen generalmente viene acompañada de una actitud negativa y una posición crítica. Incluso en el caso del tabaco, y pese a ser una droga de consumo altamente extendido, su consumo está habitualmente vetado a los niños. Raramente los padres incitan este uso en sus hijos. Suele ser el grupo de amigos el instigador y normalmente el consumo deriva en "clandestino" y es ocultado a los mayores.

## **2. MARCO JURÍDICO**

### **2.1. Nivel Estatal:**

- Constitución española de 1978, en su artículo 43.2 menciona que “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.
- Código Penal.
- Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.
- Real Decreto 164/2014, de 14 de marzo, por el que se establecen normas complementarias para la producción, designación, presentación y etiquetado de determinadas bebidas espirituosas
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Real Decreto 1100/1.978, de 21 de mayo por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado.

### **2.2. Nivel Autonómico:**

- Ley 3/2007, de 7 marzo, que modifica la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León.
- Decreto 115/2007, de 22 de noviembre, por el que se regulan las características y ubicación de los carteles informativos sobre limitaciones de la venta y consumo de bebidas alcohólicas previstos en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León en la redacción dada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo.
- Ley 7/2006, de 2 de octubre, de espectáculos públicos y actividades recreativas de la Comunidad de Castilla y León.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Fundamentación del estudio.**

En la actualidad el consumo del alcohol juvenil se ha convertido en una actividad normalizada al ser una droga institucionalizada, se ha transformado en un ritual el consumir los fines de semana, cuestión preocupante ya que se produce de una forma abusiva de consumo sin importar las consecuencias.

Por otro lado, está comprobado que el consumo entre los adolescentes está aumentado de una forma significativa, por lo tanto, se hace necesario realizar un estudio para averiguar en qué momento se inicia el consumo de la población adolescente y cuáles son los desencadenantes de ese consumo.

#### **3.2. Objetivos generales y específicos.**

El objetivo general de este trabajo es conseguir acercarnos a los jóvenes, obtener información útil y averiguar hasta qué punto interviene o afecta el alcohol en la calidad de vida de dichos jóvenes.

A partir de este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia del consumo.
- Determinar la frecuencia de las borracheras.
- Determinar la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas.
- Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- Estimar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre el alcohol y sus efectos y consecuencias.
- Analizar las percepciones y actitudes de los jóvenes ante determinadas situaciones y aspectos relacionados con el consumo.
- Establecer el consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes en relación a las variables de sexo y edad.

### **3.3. Método de la investigación:**

#### **3.3.1 Muestra.**

Se han seleccionado dos centros de enseñanza de secundaria, por un lado, el Instituto Canal de Castilla en el Municipio de Villamuriel de Cerrato y por el otro, el Colegio Sagrado Corazón en Venta de Baños, lo que ha conformado la participación de 187 alumnos de ambos sexos, con una edad comprendida entre 13 y 18 años. Los adolescentes pertenecen a los cursos de segundo, (24.6%) tercero (41.2%) y cuarto (34.2%) de la E.S.O. De acuerdo a la función del género, la muestra es de chicas (40.6%) y chicos (59.4%).

#### **3.3.2 Instrumentos.**

Se ha utilizado un cuestionario de forma anónima (véase anexo 1), comprendido en total por cincuenta y tres ítems, dividido a su vez, en tres bloques. En primer lugar, diez preguntas generales personales sobre el consumo de alcohol individual, ofreciendo diversas respuestas para elegir. En segundo lugar, consta de un bloque con una serie de afirmaciones, veintidós en total, sobre actitudes que se tiene respecto a ciertas actuaciones por parte de la sociedad en la que se está o no se está de acuerdo. Y por último, tiene que ver con cuestiones personales del individuo (situación familiar, tiempo libre y ocio), está comprendido por veinte cuestiones.

#### **3.3.3 Variables.**

Entre las múltiples variables que se van a analizar destacan:

##### *1. Variables de la personalidad:*

- Pensamientos, hábitos, disponibilidad de dinero, actitudes y motivaciones respecto a la problemática del consumo.

##### *2. Variables del contexto social:*

- Actividades compartidas entre iguales.
- Información obtenida por diferentes vías.
- Tiempo libre.

##### *3. Variables relacionadas con el género.*

## **4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

A continuación, vamos a proceder con la interpretación de los datos más significativos o importantes obtenidos.

### **4.1. Edad y género.**

A lo largo del estudio, cuando se ha preguntado por la edad a la que se comienza a consumir alcohol, la edad media que hemos obtenido ha sido por lo general de 12 a 13 años. En comparación con otros años, podemos observar una tendencia a la disminución de edad de inicio de consumo. Cada vez, son más los jóvenes que comienzan a una edad temprana a consumir alcohol, lo que puede llevar consigo ciertos riesgos de cara al futuro. Podemos mencionar algunos de los riesgos a los que el colectivo juvenil probablemente tenga que hacer frente si su ingesta de alcohol se vuelve habitual.

Respecto a la cuestión del género, tradicionalmente las chicas han venido consumiendo menos alcohol que los chicos (tanto en frecuencia como en cantidad) en la mayoría de los países europeos, esta tendencia se está invirtiendo, especialmente en los menores y jóvenes. Como podemos observar en la siguiente tabla, el porcentaje de chicas que consume es superior al de los chicos. Este dato se ve reflejado en la tabla siguiente. Si nos fijamos en la opción “prefiero beber por la tarde”, el porcentaje de las chicas, supera al porcentaje de los chicos. Respecto a los alumnos de segundo, nos encontramos un 4.3% de los chicos frente a un 13% de las chicas. Los alumnos de tercero muestra un 35.4% de los chicos, frente a un 41.4% de las chicas que prefiere beber por la tarde. Y por último, un 42.5% frente a un 62.5% de las chicas que prefieren consumir por la tarde. A su vez, podemos observar una evolución del consumo, a más edad, más consumo de alcohol. Pasamos de un total de 8.7% (segundo), a un 50% (cuarto).

**Tabla 6. Cuando se consume.**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Mañana o tarde, da lo mismo	4,3%	4,3%	4,3%	6,3%	0,0%	3,9%	27,5%	0,0%	17,2%
Prefiero beber por la tarde	4,3%	13,0%	8,7%	35,4%	41,4%	37,7%	42,5%	62,5%	50,0%
Prefiero beber por la mañana	4,3%	0,0%	2,2%	0,0%	6,9%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%
No bebo	87,0%	82,6%	84,8%	58,3%	48,3%	54,5%	30,0%	37,5%	32,8%
No responde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%

## **4.2. Importancia de las relaciones de amistad.**

**Tabla 7. Tiempo libre**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Estar en la calle	56,5%	78,3%	67,4%	70,8%	86,2%	76,6%	82,5%	83,3%	82,1%
Estudiar	56,5%	60,9%	58,7%	43,8%	48,3%	45,4%	67,5%	83,3%	73,4%
Salir de copas	0,0%	0,0%	0,0%	20,8%	10,3%	16,9%	45,0%	62,5%	51,6%
Salir al campo	8,7%	17,4%	13,0%	10,4%	6,9%	9,0%	25,0%	8,3%	18,8%
Practicar deporte	69,6%	39,1%	54,3%	58,3%	44,8%	53,2%	65,0%	54,2%	60,9%
Bailar	0,0%	34,8%	17,4%	6,3%	31,0%	15,6%	15,0%	50,0%	28,1%
Ver la tv	69,6%	82,6%	76,1%	56,3%	72,4%	62,3%	75,0%	75,0%	75,0%
Escuchar música	43,5%	73,9%	58,7%	43,8%	79,3%	57,1%	67,5%	87,5%	75,0%
Salir con la familia	21,7%	47,8%	34,8%	31,3%	55,2%	40,2%	42,5%	50,0%	45,3%
Otros	21,7%	30,4%	26,1%	18,8%	31,0%	23,8%	45,0%	12,5%	32,8%

En esta tabla, podemos observar como las actividades que más se realizan por los alumnos encuestados son, estar en la calle, practicar deporte, ver la televisión y escuchar música. Sin embargo, la actividad dominante de los jóvenes es la de “estar en la calle”. Los alumnos de segundo, con un 67.4%, los de tercero, con un 76.6%, y los de cuarto de la E.S.O con un 82.1%.

No obstante, se muestra algunas diferencias entre los diferentes géneros. Por un lado, se percibe como los chicos se centran más en hacer deporte que las chicas. Por ejemplo, en los alumnos de segundo, nos encontramos un 69.6% de los chicos que hacen deporte, frente a un 39.1% que lo hacen las chicas. Por el otro lado, otro ejemplo es que las chicas pasan más tiempo escuchando música que los chicos, en tercero nos encontramos un 43.8% frente a un 79.3% de las chicas.

**Tabla 8. Estaría dispuesto de dejar de ir con mis amigos porque beben.**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Estoy de acuerdo (verdadero)	47,8%	39,1%	43,4%	16,7%	24,1%	19,5%	15,0%	4,2%	10,9%
No estoy de acuerdo (falso)	52,2%	60,9%	56,5%	81,3%	75,9%	79,2%	85,0%	95,8%	89,1%
No responde	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%

Cuando le hemos preguntado al colectivo juvenil sobre si estarían dispuestos a abandonar a su grupo de amigos porque beben, la respuesta ha sido que no. Podemos comprobar la gran importancia que tienen los amigos en estas edades.

Además, se puede comprobar una progresión, de las edades, es decir, a edad más elevada, más rotunda es la respuesta. Los alumnos de segundo, con un 56.5% dicen que es falso, no dejarían su grupo de amigos en caso de que beban. En el caso de los de tercero, un 79.2% la respuesta es negativa también. Y por último, los alumnos de cuarto, con un 89.1% también su postura es negativa.

**Tabla 9. Si no bebes, ¿Tus amigos te hacen sentir inferior?**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Si	26,1%	34,8%	30,4%	33,3%	27,6%	31,2%	30,0%	12,5%	23,4%
No	60,9%	56,5%	58,7%	60,4%	69,0%	63,6%	67,5%	83,3%	73,4%
No bebo	13,0%	8,7%	10,9%	2,1%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%
No responde	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	3,4%	3,9%	2,5%	4,2%	3,1%

Cuando hemos preguntado a este colectivo sobre si alguno de sus amigos le han hecho sentirse inferior por no querer beber, utilizando frases como “no pasa nada por beber un poco” o “una copa no te va a hacer daño”, la respuesta común, general, ha sido que no. Segundo con un 58.7%, tercero con un 63.6% y cuarto con un 73.4%. No obstante, en este punto, dada la gravedad del asunto, también ha habido respuestas afirmativas, segundo con 30.4%, tercero con un 31.2% y cuarto con 23.4%.

Las personas que han contestado afirmativamente, y sean influenciables, se sientan inferiores, o fuera de lugar, seguramente acaben haciendo lo mismo que sus amigos, en este caso, acaben consumiendo alcohol. Por lo tanto, es un factor de riesgo que debemos tener en cuenta.

### **4.3. Hábitos de consumo.**

**Tabla 10. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol.**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Estoy de acuerdo (verdadero)	0,0%	4,3%	2,2%	6,3%	3,4%	5,2%	50,0%	58,3%	53,1%
No estoy de acuerdo (falso)	95,7%	95,7%	95,6%	91,7%	96,6%	93,5%	50,0%	41,7%	46,9%
No responde	4,3%	0,0%	2,2%	2,1%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%

Respecto a la pregunta si estarían dispuestos a ser consumidores habituales de alcohol, un dato importante, es que la respuesta de los alumnos de cuarto, ha sido afirmativa. Mientras que los alumnos de segundo, han contestado con rotundidad que no, con un 95.6%, y lo mismo ocurre con los alumnos de tercero que han expresado su negativa con un 93.5%. Por el contrario, los alumnos de cuarto con un 53.1% si que estarían dispuestos a ser consumidores habituales y sobretodo son las chicas, en este caso, las que están más predispuestas a ser consumidoras habituales casi un 10% más que los chicos. En un futuro, probablemente algunos de estos jóvenes sea dependiente del alcohol.

**Tabla 11. Tipo de bebida.**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Vino	4,3%	0,0%	2,2%	14,6%	3,4%	10,4%	22,5%	12,5%	18,7%
Cerveza	8,7%	8,7%	8,7%	27,1%	6,9%	19,5%	40,0%	12,5%	29,7%
Cubatas	0,0%	17,4%	8,7%	27,1%	27,6%	27,3%	57,5%	58,3%	57,8%
Kalimocho	8,7%	4,3%	6,5%	35,4%	24,1%	31,2%	32,5%	37,5%	34,4%
Chupitos	4,3%	4,3%	4,3%	18,8%	20,7%	19,5%	37,5%	41,7%	39,0%
Ninguno	82,6%	69,6%	76,0%	31,3%	34,5%	32,5%	10,0%	12,5%	10,9%
No responde	0,0%	0,0%	0,0%	10,4%	10,3%	10,4%	5,0%	12,5%	7,8%

En la actualidad, se ha consolidado un desplazamiento del consumo de bebidas de menos graduación a bebidas combinadas de alta graduación. En esta tabla (11), se comprueba como las bebidas alcohólicas que más se consumen son los cubatas con un 57.8% los alumnos de cuarto, el Kalimocho, con un 31.2% los de tercero y los de segundo con un 8.7% la cerveza y los cubatas.

**Tabla 12. Por qué se bebe.**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Porque me gusta el sabor	8,70%	30,40%	19,6%	29,2%	17,2%	24,7%	50,0%	45,8%	48,4%
Por diversión y placer	17,40%	8,70%	13,0%	39,6%	34,5%	37,7%	52,5%	50,0%	51,5%
Por olvidar problemas	8,70%	0	4,3%	0,0%	6,9%	2,6%	10,0%	12,5%	10,9%
Sentir emociones nuevas	0,00%	4,30%	2,2%	8,3%	13,8%	10,4%	7,5%	0,0%	4,7%
Superar la timidez	0,00%	0,00%	0,0%	2,1%	6,9%	3,4%	12,5%	20,8%	15,6%
No bebo	69,60%	65,20%	67,4%	22,9%	20,7%	22,0%	2,5%	12,5%	6,2%
No contesta	0,00%	0,00%	0,0%	12,5%	20,7%	15,6%	15,0%	0,0%	9,4%

El consumo tiene un marcado carácter de relación social, y podríamos añadir que se fundamenta, en gran medida, en el consumo entre iguales. El consumo de alcohol está estrechamente relacionado con el reconocimiento social, la búsqueda de diversión y los efectos positivos. Por lo tanto, se produce una relación entre el consumo de alcohol y diversión.

En esta tabla (12), podemos ver como los alumnos de segundo curso, con un 67.4% dicen que no beben, los alumnos de tercero, con un 37.7% afirman que beben por diversión y placer. Lo mismo ocurre con los alumnos de cuarto, con un 51.5% también responden que beben por diversión y placer.

No obstante, en menor medida, con un 19.6% los de segundo, con un 50%, los de tercero y con un 48.4% los de cuarto dicen beber por que le gusta el sabor.

#### **4.4. Percepción del colectivo juvenil frente al consumo.**

**Tabla 13. Cantidad de consumo.**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Mucho	56,5%	78,3%	67,4%	43,8%	69,0%	53,2%	60,0%	62,5%	60,9%
Poco	4,3%	4,3%	4,3%	4,2%	0,0%	2,6%	2,5%	0,0%	1,6%
Normal	34,8%	17,4%	26,1%	47,9%	31,0%	41,5%	37,5%	37,5%	37,5%
No contesta	4,3%	0,0%	2,2%	4,2%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%

En esta tabla (13), podemos ver como en general los adolescentes perciben que el consumo de alcohol es elevado. Un 67.4% de los alumnos de segundo, defienden que se consume mucho, un 53.2% de los alumnos de tercero también consideran que se bebe mucho. Lo mismo ocurre con los alumnos de cuarto que también consideran con un 60.9% que se consume mucho.

Por lo tanto, deducimos que los adolescentes son conscientes, por un lado, de que en la actualidad se consume mucho alcohol, y por el otro, podemos intuir que son conscientes de los problemas y riesgo que lleva consigo el consumo. A su vez, reconocen que es perjudicial para la salud. No obstante, como veremos más adelante, no impide que el colectivo juvenil deje de consumir. Es más, saben que es perjudicial pero no les preocupa. Por lo tanto, el desinterés que muestran los jóvenes respecto a este tema, supone una dificultad añadida en temas referidos a la elaboración de estrategias de prevención.

**Tabla 14. Salir a beber con los amigos el fin de semana.**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Es perjudicial para la salud	69,6%	39,1%	54,3%	25,0%	27,6%	26,0%	10,0%	0,0%	6,2%
Es perjudicial, no me preocupa	13,0%	56,5%	34,8%	31,3%	51,7%	39,0%	57,5%	54,2%	56,3%
No pasa nada por hacerlo	17,4%	4,3%	10,9%	43,8%	20,7%	35,0%	32,5%	45,8%	37,5%

En esta tabla (14), podemos observar un cambio en la actitud de los adolescentes, respecto a salir a beber el fin de semana con los amigos. En primer lugar, los alumnos de segundo, con un 54.3% piensan que es perjudicial para la salud, salir a beber todos los fines de semana. En segundo lugar, los alumnos de tercero con un 39.0% y los de cuarto con un 56.3% consideran que es perjudicial, pero no les preocupa, dando a entender que van a seguir con la misma conducta de salir y beber los fines de semana. Con estos datos, se refleja el desinterés de los jóvenes.

**Tabla 15. El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial.**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Estoy de acuerdo (verdadero)	47,8%	39,1%	43,5%	25,0%	27,6%	26,0%	22,5%	12,5%	18,8%
No estoy de acuerdo (falso)	47,8%	60,9%	54,3%	75,0%	72,4%	74,0%	77,5%	87,5%	81,2%
No responde	4,3%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

El alcohol, es considerado una sustancia legal, y socialmente aceptada, cuestión fundamental en la percepción que tienen los jóvenes sobre el consumo. Esta normalización, hace que los jóvenes consideran que por beber en pequeñas cantidades no es perjudicial para la salud.

En esta tabla, se demuestra cómo un 43.5% los alumnos de segundo, consideran que beber en pequeñas cantidades es perjudicial. En contraposición, los alumnos de tercero y cuarto con un 74% y 81.2% están en contra, defiende que el alcohol en pequeñas cantidades no es perjudicial.

**Tabla 16. ¿Cree que existe un problema de alcoholismo en los jóvenes?**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Si	82,6%	95,7%	89,1%	62,5%	86,2%	71,4%	72,5%	70,8%	71,9%
No	8,7%	4,3%	6,5%	37,5%	13,8%	28,6%	27,5%	25,0%	26,5%
No responde	8,7%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	1,6%

Cuando les hemos preguntando a los jóvenes, en general, los alumnos consideran que si que existe un problema de alcoholismo en los jóvenes. Los alumnos de segundo con un 89.1%, los de terceros con un 71.4% y los de cuarto con un 71.9%.

**Tabla 17. La juventud bebe de forma razonable.**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Si	21,7%	13,0%	17,4%	45,8%	20,7%	36,4%	42,5%	41,7%	42,2%
No	78,3%	87,0%	82,6%	52,1%	75,9%	61,0%	55,0%	54,2%	54,7%
No responde	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	3,4%	2,6%	2,5%	4,2%	3,1%

Otra de las preguntas que les hemos hecho a este colectivo es que si considera que la juventud bebe de forma razonable y en general los tres cursos han defendido que no. Segundo con un 82.6%, tercero con un 61% y cuarto con un 54.7%.

No obstante, podemos comprobar una disminución en los porcentajes. Los jóvenes de menor edad, están más convencidos de que las personas no beben de forma razonable.

**Tabla 18. Por qué los jóvenes creen que bebe la gente.**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	Chicos	chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Olvidar	26,1%	65,2%	45,6%	33,3%	34,5%	33,8%	40,0%	58,3%	46,9%
Evadir la rutina	17,4%	13,0%	15,2%	22,9%	13,8%	19,5%	40,0%	54,2%	45,3%
Porque bebían los amigos	47,8%	82,6%	65,2%	52,1%	89,7%	66,2%	67,5%	50,0%	60,9%
Porque le incitaron a ello	43,5%	73,9%	58,7%	33,3%	44,8%	37,7%	37,5%	25,0%	32,8%
Para deshinibirse	8,7%	21,7%	15,2%	14,6%	3,4%	10,4%	30,0%	25,0%	28,1%
Para ligar	47,8%	60,9%	54,3%	52,1%	41,4%	48,0%	35,0%	45,8%	39,0%
Para sentir euforia	26,1%	13,0%	19,6%	29,2%	20,7%	25,9%	35,0%	25,0%	31,2%
No bebo	4,3%	4,3%	4,3%	8,3%	3,4%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%
No responde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	4,2%	6,2%

Al preguntar a los alumnos el por qué consideraban que las personas consumían una respuesta casi generalizada fue “porque bebían sus amigos”. Un 65.2% los alumnos de segundo, un 66.2% los de tercero y un 60.9% los alumnos de cuarto.

Estos datos, demuestran la gran importancia que los jóvenes dan a sus amistades. El tener un grupo de amigos con lo que salir a disfrutar, es un aspecto imprescindible para el desarrollo de una persona en la adolescencia.

No obstante, al ser una edad muy influenciada, una edad confusa, puede ser un problema el tipo de personas, el círculo de personas con las que un adolescente se mueve.

#### **4.5. Vías de información.**

**Tabla 19. Por qué vías se recibe información.**

	<i>SEGUNDO</i>			<i>TERCERO</i>			<i>CUARTO</i>		
	Chicos	chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Padres, hermanos	52,2%	39,1%	45,6%	33,3%	31,0%	32,5%	45,0%	58,3%	50,0%
Otros familiares	17,4%	8,7%	13,0%	8,3%	10,3%	9,1%	25,0%	33,3%	28,1%
Amigos	21,7%	13,0%	17,4%	20,8%	27,6%	23,4%	67,5%	29,2%	53,1%
Profesores	43,5%	52,2%	47,8%	64,6%	48,3%	58,4%	60,0%	66,7%	62,5%
Medios de comunicación	43,5%	43,5%	43,5%	35,4%	31,0%	33,8%	65,0%	33,3%	53,1%
Charlas	69,6%	78,3%	73,9%	72,9%	79,3%	75,3%	77,5%	79,2%	78,1%
Folletos, libros	8,7%	21,7%	15,2%	25,0%	31,0%	27,3%	45,0%	33,3%	40,6%
Personas relacionadas	21,7%	43,5%	32,6%	45,8%	34,5%	41,5%	60,0%	58,3%	59,4%
Nunca he recibido información	4,3%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
No contesta	4,3%	4,3%	4,3%	2,1%	3,4%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%

De acuerdo a las vías por donde este colectivo juvenil recibe información son varias. Lo más frecuente, son las charlas con un 73.9%, 75.3% y un 78.1%. Sin embargo, también son frecuentes otros medios informativos como los profesores, los alumnos de segundo con un 47.8%, los de tercero con 58.4% y con un 62.5% los de cuarto.

Podemos deducir, que los adolescentes están bien informados de los problemas que lleva consigo el consumo de alcohol. No obstante, La normalización del uso y consumo es una constante que supone una dificultad añadida a cualquier tipo de afrontamiento preventivo.

#### **4.6. Adquisición del alcohol.**

**Tabla 20. ¿Es fácil conseguir alcohol?**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Si	34,8%	52,2%	43,5%	60,4%	69,0%	63,6%	87,5%	91,6%	89,1%
No	39,1%	26,1%	32,6%	25,0%	17,2%	22,1%	7,5%	4,2%	6,2%
No bebo	21,7%	21,7%	21,7%	4,2%	3,4%	3,9%	5,0%	4,2%	4,7%
No responde	4,3%	0,0%	2,2%	10,4%	10,3%	10,4%	0,0%	0,0%	0,0%

En España, está prohibido la consumición y adquisición de bebidas alcohólicas de menores. No obstante, en cuanto a la accesibilidad de adquirir alcohol, una alta probabilidad de alumnos dice que sí que es fácil para ellos, conseguir alcohol. Segundo con un 43.5%, tercero con un 63.6% y cuarto con un 89.1%.

Por lo tanto, la mayor parte de los adolescentes, con menos de 18 años, a pesar de la ley que lo prohíbe, no tienen dificultad en encontrar alcohol, que posteriormente será consumido por los mismos.

**Tabla 21. ¿Piden el DNI en los bares cuando se pide bebidas alcohólicas?**

	<b>SEGUNDO</b>			<b>TERCERO</b>			<b>CUARTO</b>		
	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>	<b>Chicos</b>	<b>Chicas</b>	<b>Total</b>
Si	8,7%	13,0%	10,9%	22,9%	31,0%	26,0%	32,5%	33,3%	32,8%
No	39,1%	39,1%	39,1%	54,2%	44,8%	50,6%	60,0%	62,5%	60,9%
No bebo	47,8%	39,1%	43,5%	12,5%	10,3%	11,7%	0,0%	0,0%	0,0%
No responde	4,3%	8,7%	6,5%	10,4%	13,8%	11,7%	7,5%	4,2%	6,3%

En España, la edad legal oficial a nivel estatal de consumir alcohol es de 18 años. Esta edad es la mínima para vender y dispensar bebidas alcohólicas, por tanto es una restricción que abarca locales donde se sirve y puntos de venta para llevar.

El problema que se presenta es que esta ley, es burlada con excesiva frecuencia, como pone de manifiesto el hecho, de que 39.1% de los alumnos de segundo de la E.S.O, el 50.6% de los alumnos de tercero y cuarto con un 60.9% manifiestan que no le piden el DNI en el bar cuando piden bebidas alcohólicas en el bar.

## **5. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.**

El alcohol, es considerado una sustancia legal y está socialmente aceptada, por lo tanto, tiene un papel fundamental en el crecimiento de los jóvenes. La normalización del uso y consumo es una constante que supone una dificultad añadida a cualquier tipo de afrontamiento preventivo. Lleva asociada toda una serie de connotaciones culturales y se le sigue atribuyendo efectos positivos por parte de los consumidores. Es una droga de largo recorrido en nuestro país, que conlleva problemas personales, económicos, sanitarios, laborales, políticos y sociales.

### **5.1. Concepto de prevención y tipos.**

Por prevención entendemos como la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Existen tres tipos de prevención.

- *Prevención Primaria.* Aquellas actuaciones que intentan evitar la aparición de un problema y la situación causante del riesgo.
- *Prevención Secundaria.* Aquellas que reconocen individuos o grupos sociales de alto riesgo, y se trabaja para evitar la consolidación de las problemáticas que presentan.
- *Prevención Terciaria.* Aquellas actuaciones que intervienen en situaciones y contextos problemáticos ya establecidos, paliando las consecuencias negativas.

Existe otro tipo de clasificación de la prevención, de a finales de la década de los ochenta, elaborada por Gordon:

La *prevención universal* se dirige a toda la población, principalmente en entornos escolares y de la comunidad. Su objetivo es reducir las conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias ofreciendo a los jóvenes las competencias necesarias para impedirlo o retrasarlo.

La *prevención selectiva* se dirige a grupos o familias específicos, o bien a comunidades en las que las personas, a causa de sus reducidos vínculos sociales y recursos, pueden ser más propicias a desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia, es decir, aquellas medidas que se dirigen a poblaciones con elevada probabilidad de incurrir en riesgos.

La *prevención indicada*. Se dirige a los individuos identificados como sujetos de riesgo, ya sea a través de trabajadores o educadores sociales. Sus estrategias se dirigen por tanto al individuo concreto, sobre el que puede actuarse con una orientación, una intervención de consejo breve o una derivación a tratamiento.

## **5.2. Políticas institucionales.**

Las instituciones desempeñan un papel crucial respecto a la prevención del consumo de alcohol, dichas instituciones, tienen que hacer frente a una doble dificultad, por un lado, se comercializan y se regularizan desde las propias instituciones y por el otro, se deben poner freno a su consumo al ser consideradas perjudiciales para la salud. Estas contradicciones son difíciles de mantener y de entender por la población más joven, ya que al ver más vulnerables, puede dar lugar a confusión.

Desde el ámbito nacional, los máximos exponentes de las políticas de prevención radican en las Comunidades Autónomas y el Plan Nacional sobre Drogas, cuya Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 ofrece tres puntos estratégicos:

- Promoción de una conciencia social centrada en los efectos dañinos del consumo y cómo evitarlos.
- Aumentar las capacidades y habilidades comportamentales de los posibles consumidores para que puedan resistir la presión de la oferta.
- Retrasar al máximo la edad de iniciación al consumo.

Por otro lado, en el proceso preventivo interviene toda la población:

1. Toda la sociedad. Interviene con movimientos asociativos, fomento de valores culturales, y potenciación de todos los canales de información y transmisión de conocimientos científicos.
2. La institución familiar como referente del colectivo juvenil.
3. Población diana, en este caso, los niños, adolescentes y jóvenes para que participen en las acciones preventivas.
4. La institución escolar, potenciando la educación para la salud y los valores.
5. Población vulnerable.

Desde el ámbito europeo, es la Comisión Europea la que tiene mayor responsabilidad en las políticas preventivas. Según el informe emitido por Anderson y Baumberg (2006) para la Comisión Europea, las políticas emprendidas por la Unión Europea en materia de alcohol, se podrían compendiar en los siguientes apartados:

1. Políticas de seguridad vial.
2. Políticas educativas.
3. Políticas de mercado.
4. Políticas publicitarias.
5. Políticas sancionadoras.
6. Políticas terapéuticas.

A nivel mundial, se elabora por parte de la Organización Mundial de la Salud (2010) un informe donde se recogen las estrategias para reducir el uso nocivo de alcohol, entre las que se encuentran:

1. Intervención de los servicios de salud mediante la adopción de programas de prevención y tratamiento para toda la población.
2. Potenciación de la acción comunitaria mediante la aplicación de diseños teórico-prácticos que permitan alcanzar cambios de comportamiento colectivo.
3. Aplicación de medidas de control sobre la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.
4. Desarrollo de medidas de regulación de la venta y suministro de bebidas alcohólicas, mediante la promulgación de leyes, políticas y programas.
5. Control sobre la publicidad de bebidas alcohólicas.
6. Aumento de los precios del alcohol.
7. Potenciación de programas de reducción del daño en consumidores.
8. Adopción de una política de seguimiento y control de todas las estrategias.

En España se ha firmado un manifiesto contra el consumo de alcohol de menores, donde las estrategias que se han implantado son:

1. Evitar la publicidad de alcohol y las promociones comerciales.
2. Conseguir la participación activa de los medios de comunicación.
3. Aumentar los recursos preventivos en familias y entornos sociales del menor.
4. Mayor autorregulación de la industria del alcohol.
5. Nuevas campañas de prevención y educación sobre alcohol.
6. Promocionar hábitos saludables.
7. Elaborar nuevos programas de prevención para el contexto escolar.
8. Impulsar el deporte como alternativa sana, junto con otras actividades recreativas y artísticas.
9. Fomentar la cooperación y coordinación de los agentes sociales en la prevención del consumo de alcohol.
10. Elaborar estrategias para intentar alcanzar el consumo cero de alcohol, en la población de menores.

### **5.3. Estrategias y métodos en prevención. Políticas de alcohol**

#### **5.3.1 Política de alcohol.**

La primera definición de «política de alcohol» la propusieron Kettel y Bruun en 1975, refiriéndose a todas las estrategias empleadas por los gobiernos para influenciar la disponibilidad de alcohol, la educación para la salud, el cambio de actitudes y el control social. Más recientemente, Babor, define como política de alcohol la que se ocupa de la relación entre alcohol, salud y bienestar social.

El objetivo principal de una política de alcohol es servir a los intereses de la salud pública y del bienestar social a través de su impacto sobre la salud y los determinantes sociales.

Las políticas de alcohol pueden ser:

- *De asignación.* Aquellas que pretenden proporcionar un beneficio neto a un determinado grupo para lograr un objetivo público (provisión de programas educativos escolares, de tratamiento para los enfermos).
- *Reguladoras.* Pretenden influir en conductas y decisiones de terceros mediante control directo (regulaciones económicas, leyes que regulan la disponibilidad...).

#### **5.3.2 Política de Salud Pública.**

La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud y prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Es, por tanto, un concepto social y político.

La política del alcohol tiende a enmarcarse cada vez más en el dominio de la salud pública y la política social al ser considerado el alcohol uno de los principales determinantes de mala salud, dando cabida a estrategias de promoción de salud, especialmente si consideramos la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad.

### **5.3.3 Política impositiva y de precios.**

El comercio de las bebidas alcohólicas juega un papel importante en muchos países. La industria de bebidas representa el 19,56% de las ventas de la industria alimentaria, con una facturación de 13.000 millones de euros aproximadamente.

El precio y los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas han sido utilizados por los gobiernos no sólo como fuente de ingresos, sino también para controlar los problemas derivados del consumo del alcohol, habiéndose comprobado sistemáticamente que los aumentos de precio se siguen de una reducción del consumo.

El aumento de la fiscalidad y de los precios del mercado, comporta una reducción del consumo y de los problemas derivados. De ahí que esta medida represente una herramienta rentable de política de alcohol porque genera un ingreso directo y disminuye el daño.

La política de impuestos y precios es muy importante para reducir el consumo de alcohol en los jóvenes. Se ha estimado que un aumento de precios en torno al 10% en Europa prevendría más de 9.000 muertes, con el beneficio adicional 7.762.900 millones de euros ingresados por el estado en concepto de impuestos especiales. Los efectos del aumento de precio son más notables en los jóvenes.

### **5.3.4 Medidas que regulan la disponibilidad física del alcohol.**

La disponibilidad física del alcohol se refiere a la accesibilidad y facilidad para obtener y consumir bebidas alcohólicas. Se puede limitar el acceso a partir de un aumento de impuestos, de limitaciones de edad, de densidad de locales, de días y horarios de apertura y de la regulación de la promoción y publicidad.

En España, la Federación Española de Municipios y Provincias editó un modelo de Ordenanza Municipal sobre alcohol no vinculante, que tenía en cuenta dicha disponibilidad proponiendo limitaciones: Proponía una licencia específica para la venta de alcohol en establecimientos donde no se consume, la prohibición del consumo de alcohol en la vía pública salvo en veladores y terrazas y en fiestas patronales, la distancia mínima de 25 metros entre las puertas de locales y la prohibición de tener mostradores abiertos a la vía pública.

*La Edad legal mínima para vender a menores.* El incremento de la edad legal para beber reduce las ventas y las consecuencias del consumo en los jóvenes. La Organización Mundial de la Salud recomienda poner el límite al menos en los 18 años, para evitar la ingestión de alcohol por parte de adolescentes cuyo cerebro se encuentra en plena evolución, y son más vulnerables al desarrollo de una dependencia alcohólica.

*Restricción de la densidad de locales de venta o dispensación.* Las ventas pueden realizarse en lugares en los que no se consume (supermercados, comercios especializados) o bien donde puede consumirse directamente (bares, pubs, discotecas). Los comercios de venta autorizados para llevarse pueden estar sujetos a regulaciones varias (licencia para vender alcohol, regulación del tipo, graduación). También puede regularse la ubicación de los locales. Restricción de días y horas para vender bebidas alcohólicas en estos locales.

### **5.3.5 Estrategias que Modifican el Contexto del Consumo.**

Las medidas destinadas a modificar el contexto del consumo van ganando terreno, aunque su efectividad depende de su adecuado cumplimiento y de enmarcarlas en una acción comunitaria.

*Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas.* Es una estrategia popular en los Estados Unidos, Australia y algunos países del Norte de Europa, que tiene como fin último la reducción del daño relacionado con el consumo de alcohol a través de un programa de formación de quienes lo sirven, los camareros. Este programa está destinado a mejorar sus conocimientos, actitudes y habilidades respecto a la dispensación de alcohol, no servir a menores, no servir a clientes intoxicados, tratar de evitar la conducción bajo los efectos del alcohol, así como mediar para prevenir la violencia. Una vez formados en estas técnicas, los camareros mejoran sus conocimientos, actitudes y conductas y, respaldados siempre por las normas del local, reducen las conductas inadecuadas para un servicio responsable.

*Control del cumplimiento de la ley.* Es una medida imprescindible para que las demás estrategias funcionen. Se requiere el cumplimiento estricto de la ley, controlado de forma continuada, incrementando así la percepción del riesgo de ser sancionado por parte del infractor.

*Promoción de ocio sin alcohol.* En España, existen diversos programas de ocio nocturno alternativo (Las Mil y una Noches, Abierto hasta el amanecer) destinados a ampliar el abanico de actividades nocturnas y descubrir el ocio sin alcohol.

*Transporte público.* Una buena oferta de transporte público reduce el uso de vehículo propio cuando se sale por la noche con los amigos y, con ello, los posibles accidentes.

*Movilización comunitaria.* Esta estrategia tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias adversas (conducción bajo los efectos, accidentes, agresiones, etc.) a partir de la toma de conciencia de estos riesgos por parte de la comunidad. Los programas comunitarios de amplio alcance incluyen desde educación y campañas informativas hasta abogacía, promoción de salud y control de locales de consumo. La movilización comunitaria puede prevenir agresiones y ejercer presión contra incumplimiento de locales.

### **5.3.6 Estrategias para regular la promoción de bebidas alcohólicas.**

La industria alcoholera, como cualquier otra, promociona sus productos a base de publicidad, patrocinios y campañas promocionales. Su publicidad, se basa en estudios motivacionales, existiendo estudios diferenciados para los distintos sectores de la población. La publicidad promociona estilos de vida, lo que es sobre todo preocupante en el caso de los jóvenes.

La televisión es el perfecto marco donde, a través de la publicidad directa o indirecta, mejor puede promocionarse una forma de vida vinculada al uso de alcohol. Éste aparece asociado a la juventud, el atractivo, la sociabilidad, el éxito sexual, la aventura... las imágenes, la música de fondo. Por otra parte, las películas y muy especialmente determinadas series de sobremesa presentan un consumo, a menudo copioso, de alcohol como una conducta normalizada y asociada tanto a la diversión como a la evasión de problemas. En el caso de las series televisivas, existe además un descarado emplazamiento de bebidas alcohólicas con la marca bien visible.

El patrocinio por parte de alcoholeras de numerosos eventos deportivos traspasa fronteras, saltándose a menudo limitaciones legales de países receptores.

Otra forma de promocionarse son las campañas de descuentos, las ofertas 2 x 1, etc. y la exposición del producto en el punto de venta.

Obviamente, la inversión publicitaria se debe recuperar con las ventas. La industria de las bebidas alcohólicas, cuentan con sus propios códigos de autorregulación, lo que significa, que es la propia industria la que reglamenta y controla el cumplimiento del código consensuado. Aunque la autorregulación podría ser más eficiente, flexible y barata y tener más conocimiento del tema que una agencia gubernamental, existe el riesgo de que se utilicen esos conocimientos en beneficio del negocio y de que la entidad reguladora esté sujeta a presiones comerciales, además de la posibilidad de que pase por alto necesidades de la población. En España, la autorregulación corre a cargo de Autocontrol.

En España, *la Ley General de Publicidad* (Ley 34/1988, de 11 de noviembre) considera ilícita la publicidad engañosa, la subliminal y la indirecta. Con respecto al alcohol, se prohíbe la publicidad en televisión de todos los anuncios de bebidas de más de 20º a cualquier hora. También prohíbe la publicidad de alcohol en lugares donde no está permitida su venta. Se contempla también prohibir la publicidad de bebidas alcohólicas de menor graduación por motivos de salud, teniendo en cuenta los sujetos destinatarios (ámbitos sanitarios, educativo y deportivo).

La *Ley del Deporte* (Ley 10/1990, de 15 de octubre) prohíbe, en su artículo 67, la introducción, venta y consumo o tenencia de toda clase de bebidas alcohólicas en estadios o espacios deportivos. La aplicación conjunta de esta ley junto con la Ley General de Publicidad (prohibido anunciar donde está prohibido consumir) ha permitido retirar la publicidad en las vallas de dichos recintos.

La *Ley 25/1994 de 12 de julio*, que incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva europea Televisión sin Fronteras (Directiva 89/552/CEE), señala las limitaciones de contenido argumentativo: no representar a menores bebiendo ni tenerlos a ellos como destinatarios; no asociar el alcohol al éxito sexual o social, al rendimiento físico, a conducción de vehículos o a efectos terapéuticos o de solución de conflictos; no estimular el consumo inmoderado ni dar una imagen negativa de la abstinencia.

### **5.3.7 Estrategias educativas y de persuasión.**

La educación, está en la base de todo trabajo preventivo. Los programas escolares han tenido y tienen gran difusión en todos los países.

La prevención basada en programas educativos escolares no debe orientarse a la mera información, sino al cambio de actitudes, expectativas, habilidades sociales y autoestima que les ayuden a demorar el consumo de alcohol y hacerlo en el futuro con el mínimo riesgo.

Los programas basados en la información aumentan el conocimiento y modifican actitudes, pero no llegan a modificar conductas. A veces, incluso pueden promover el uso de las sustancias.

*Campañas educativas*, cuyos mensajes preventivos intentan advertir de los riesgos asociados al consumo de alcohol.

Los *medios de comunicación* pueden contribuir a hacer una labor de sensibilización y educación sobre los riesgos del alcohol, contribuyendo a preparar a la población para la implantación de medidas de prevención efectivas.

*Etiquetas de las bebidas.* Por lo que respecta a las etiquetas de las bebidas alcohólicas, deberían incluir, además de información sobre sus grados, mensajes de advertencia sobre posibles consecuencias de su consumo para la salud. Los estados donde estas etiquetas son obligatorias, eligen el mensaje o mensajes a incluir, que pueden aludir a la salud en general o a efectos deletéreos concretos como los efectos del alcohol sobre la conducción o sobre el feto.

### **5.3.8. Intervenciones breves con bebedores de riesgo.**

Las intervenciones breves, promovidas por la Organización Mundial de la Salud, para evitar que los bebedores de riesgo progresaran a la dependencia o desarrollaran otras complicaciones de su consumo, son una forma simple de abordar el consumo arriesgado de alcohol. Son breves, aunque de variable duración, y se componen básicamente, de ofrecer consejo y un cierto seguimiento. Más que terapéuticas son reeducativas y proactivas, en el sentido de que se le ofrecen al paciente identificado sin esperar a que éste sienta la necesidad de consultar por su consumo de alcohol.

En sus distintas modalidades de simple consejo e intervención breve, sin o con visitas de refuerzo, pretenden motivar al paciente para que corrija su hábito de consumo, no para que se abstenga. En caso de dependencia alcohólica, lo mejor es derivar al paciente a un programa de deshabitación.

## **6. LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL. PROCESO DE INTERVENCIÓN.**

En el apartado anterior, hemos hablado del tema de la prevención. En este apartado, nos vamos a centrar en el proceso de intervención de los profesionales cuando ya se ha establecido un problema de dependencia al alcohol.

En este caso, vamos a tomar como referencia al CAD (Centro de Atención a Drogodependientes) y su proceso de intervención.

### **6.1. Proceso de intervención.**

El Trabajador Social, al igual que el resto de los profesionales, que forman parte del equipo interdisciplinar de los CAD, tiene un claro papel que cumplir en el proceso de atención integral.

***Gráfico 22. Proceso de atención integral a las drogodependencias***



#### **6.1.1 Atención a la demanda inicial.**

La atención a las demandas, se lleva a cabo mediante dos actuaciones:

*La recepción*, es el primer contacto que tiene el drogodependiente con el centro, se realiza generalmente por parte del personal administrativo e incluye la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un técnico. Y *la acogida* que es la primera entrevista con el técnico.

El Trabajador Social, al igual que otros profesionales, tiene el primer contacto con el paciente, a través de esta primera entrevista de acogida. En esa primera entrevista, existen una serie de objetivos que el profesional debe conseguir.

Entre dichos objetivos, se encuentran:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información.
- Comprobar prioridades.
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Asignar citas con los profesionales que vayan a intervenir.

### **6.1.2 Valoración interdisciplinar.**

Todo paciente debe ser valorado teniendo en cuenta cuatro áreas: sanitaria, psicológica, social y ocupacional. A través del análisis de la información referente a estas cuatro áreas, puede realizarse una evaluación del paciente en función siete dimensiones: salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio).

En lo referente al área social, es en esta etapa en la que el trabajador social recaba los datos y la información necesaria para poder realizar un diagnóstico social del paciente. Todo este estudio y diagnóstico social será aportado por el trabajador social, posteriormente, al resto del equipo para poder realizar la evaluación multidimensional del paciente y el diseño del programa personalizado de intervención (PPI).

El diagnóstico social incluirá información relativa del propio paciente y a su medio familiar y social. Estará formado por las características del sujeto, el problema, las necesidades sociales y las dificultades que pueda presentar, así como las fortalezas o puntos fuertes en los que poder articular la intervención. Este primer diagnóstico social se complementará con información acerca del consumo:

- Drogas de las que abusa o depende.
- La frecuencia, gravedad y duración del problema.
- La forma en que el usuario y su familia viven la situación-problema y el modo de afrontarla.
- La forma en que se plantea la demanda.
- si ha habido intentos previos de solución y cuáles han sido.
- La motivación y forma de acceso.

La recogida de toda esta información se completará con una primera hipótesis o propuesta de intervención social, que incluya la posibilidad de utilización de los recursos disponibles. El instrumento más importante con el que cuenta el Trabajador Social para realizar una recogida sistemática de la información, es la *Historia Social*. A través de este instrumento se recoge, la información inicial para una primera valoración, informaciones complementarias que permiten, mantener actualizada la información sobre el paciente a lo largo de todo el proceso de tratamiento y facilitar las intervenciones del Trabajador Social.

Otro instrumento para la recogida de información por parte del Trabajador Social y del resto de los profesionales del equipo, es el *Sistema de Evaluación Multidimensional* o *Sistema de evaluación objetiva de resultados del tratamiento*, que recoge información acerca de las siete dimensiones mencionadas anteriormente, y facilita el seguimiento y la evaluación de la evolución del paciente con respecto a las mismas.

Interesan especialmente al Trabajador Social aquellos aspectos o variables sociales que puedan suponer un riesgo de exclusión y la relación de ellas con el consumo del paciente.

El trabajador social tiene la función de descubrir e investigar una serie de aspectos concretos:

- Situación familiar del paciente.
- Trayectoria formativo-laboral.
- Situación económica y grado de autonomía personal.
- Red social del paciente y análisis de sus posibles riesgos o potencialidades.
- Nivel de participación e integración social.
- Características del tipo de ocio del paciente.
- Situación judicial.
- Situación administrativa.
- Características del medio y el entorno en el que se desenvuelve el paciente.
- Situación convivencial del paciente.

### **6.1.3 Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI).**

A partir de la evaluación de las siete dimensiones mencionadas (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio) y de sus resultados, el equipo diseña un programa personalizado de intervención (PPI) adecuado a la situación del paciente, que deberá incluir:

- Los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención.
- Las actividades a desarrollar para la consecución de dichos objetivos.
- Los recursos de apoyo que se consideran necesarios.

El Trabajador Social es el profesional que asesora al equipo acerca de la situación social del paciente, de las necesidades sociales que presenta y acerca de los recursos de apoyo más adecuados a utilizar para conseguir los objetivos fijados en el PPI.

Una vez realizado el diseño inicial del Programa Personalizado de Intervención, deberá ser consensuado con el paciente. Resulta fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente y, a veces también, a la familia, como paso previo a la definición y concreción del programa de intervención.

Esta devolución de los resultados de la evaluación multidimensional permite cubrir los siguientes objetivos:

- Trasladar al paciente, y en su caso a la familia, una información objetiva, clara y precisa de los problemas y de las fortalezas encontradas, ayudarles a tomar conciencia del problema y de la gravedad del mismo, así como de las posibles soluciones.
- Contrastar esta valoración con el grado de conocimiento y conciencia del problema por parte del paciente y su familia.
- Argumentar las razones que justifican un determinado plan de intervención, sus ventajas y sus dificultades, a fin de que el paciente, y en su caso la familia, tomen conciencia clara de su situación y del papel en las posibles soluciones.
- Explicar los contenidos y las acciones que se proponen en el Programa Personalizado de Intervención.
- Ajustar, de acuerdo con el paciente, los objetivos del PPI a la situación particular del mismo, motivándole para lograr el mayor grado posible de implicación en el programa terapéutico.
- Adecuar las expectativas iniciales del paciente acerca del tratamiento que se le ofrece, reajustando las que resulten inadecuadas y reconvirtiendo demandas poco realistas del paciente o de la familia.

#### **6.1.4 Desarrollo del Programa Personalizado de Intervención.**

Una vez diseñado el PPI y consensuado con el paciente, se inicia el proceso de intervención o desarrollo del mismo, que implica la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y las actuaciones específicas. Además, incluye el seguimiento y la evaluación continua del mismo por parte del equipo terapéutico, de forma que puedan introducirse las modificaciones necesarias.

##### *❖ Intervención del Trabajador Social*

El nivel o la intensidad de la intervención del Trabajador Social en el desarrollo del PPI dependerán en gran medida, de la mayor o menor presencia de factores de riesgo de exclusión social.

La intervención del Trabajador Social va siempre orientada a la consecución de los objetivos fijados para el paciente en el PPI en cada uno de las siete dimensiones que pueden verse afectados por una situación de drogodependencia. Para ello la intervención puede centrarse exclusivamente en el propio paciente, ya sea mediante intervenciones individuales o grupales, o puede incluir también, a la familia. Todo ello se enriquece y complementa con una tercera forma de intervención, el trabajo con la comunidad.

En el contexto de la entrevista el Trabajador Social puede ofertar al paciente una escucha activa y un feedback, que le faciliten la reflexión y el conocimiento propios, extrayendo conclusiones de utilidad para la posterior toma de decisiones. La entrevista es también un marco idóneo para ofertar información, orientación, asesoramiento y apoyo acerca de una multiplicidad de temáticas de gran importancia para la evolución positiva del paciente.

El Trabajador Social apoyará al paciente para que ejecute las tareas a las que se ha comprometido para conseguir la solución de sus problemas, apoyándole para que incremente su motivación frente al tratamiento y asuma los compromisos derivados del mismo, comenzando con los más sencillos y gratificantes para posteriormente comprometerse con actividades de mayor envergadura.

La reflexión propiciada en el marco de la entrevista y el vínculo positivo de aceptación y confianza que se establece entre paciente y trabajador social permiten también desmotar las falsas imágenes y los mitos que suelen tener acerca de si mismos y de su capacidad para hacer cambios positivos.

❖ Intervención con el paciente.

*Intervención individual*, los instrumentos y las técnicas más utilizadas, en este caso es la entrevista, en sus diferentes formas (recogida de datos, informativa, motivacional, de asesoramiento y de seguimiento).

*Intervención grupal*. El grupo es una importante herramienta terapéutica, que permite rentabilizar el trabajo desarrollado desde las diferentes áreas, no sólo como forma de mejorar la gestión de los tiempos de que disponen los profesionales, sino también como forma de facilitar las sinergias positivas y las ventajas que el grupo proporciona para facilitar el proceso de cambio.

El Trabajador Social participa en diferentes tipos de grupos, ya sea como coordinador principal del grupo o como colaborador de otro profesional del equipo.

La incorporación de un paciente a un determinado grupo se acuerda en la reunión de valoración con el equipo responsable del caso. Tras ello se emplaza al paciente para acudir con una frecuencia generalmente semanal y en un horario determinado, al grupo elegido, explicándole previamente cual es el objetivo de dicho grupo, las normas de funcionamiento, haciendo especial mención a la necesidad de mantener la confidencialidad de lo que en el grupo se trabaje.

*Intervención con la familia*. La intervención con las familias de los pacientes es una actuación prioritaria. También, el instrumento utilizado es la entrevista.

Estas intervenciones pueden ser:

- *Intervención individual.* Las intervenciones individuales con familias suelen tener una duración aproximada de una hora, si bien esto puede variar en función de las necesidades, resultando útiles también intervenciones más breves, con objetivos de seguimiento o de intercambio de informaciones prácticas para la evolución del paciente. Resulta siempre esencial la creación de un ambiente de escucha y confianza que facilite la comunicación y la expresión de los problemas y las dificultades, de modo que se produzca la exploración de problema presentado y las interacciones familiares en torno a éste para obtener un cuadro nítido de sus pautas de conducta.
- *Intervención grupal.* Con las familias se trabaja también de forma grupal, existiendo diferentes tipos de grupos de familias adaptados a las necesidades que plantean en las distintas etapas del tratamiento en función de los objetivos que se pretenden conseguir, tanto respecto de las propias familias, como respecto del familiar afectado. Existe también la posibilidad de trabajo grupal con pacientes y familias conjuntamente.

#### **6.1.5. Coordinación.**

El objetivo de cualquier coordinación es unificar criterios de intervención y complementar las actuaciones a realizar y el trabajo en red.

En los CAD, los trabajadores sociales llevan a cabo dos tipos de coordinaciones: *Internas:* Reuniones establecidas con el resto de los miembros del equipo interdisciplinar de valoración y seguimiento de los pacientes, para diseñar e implementar el PPI de los casos nuevos. *Externas:* Son aquellas coordinaciones que se mantienen con técnicos de otros recursos que resultan necesarios en el proceso de atención de los drogodependientes.

## **6.2 Subgrupos de intervención.**

Entre las personas con problemas de drogodependencias, existen colectivos o subgrupos de población que plantean unas características y necesidades especiales donde se contempla la necesidad de realizar una intervención individualizada en base a una evaluación multidimensional y un programa personalizado.

Se distinguen los siguientes colectivos:

- Adolescentes y jóvenes, derivados por la unidad de intervención al menor.
- Mujeres en especial situación de vulnerabilidad
- Pacientes con bajo potencial de cambio.
- Pacientes con patología dual.
- Drogodependientes sin hogar.
- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura.
- Personas con conflictos legales o judiciales.

Si bien el Trabajador Social tiene asignado un importante papel en el proceso de intervención de todos los pacientes, en el caso de que pertenezcan a alguno de estos colectivos su intervención resulta importante, ya que es necesario atender y cubrir un número importante de necesidades sociales y dedicar un mayor esfuerzo a la integración laboral y social de los mismos.

Entre las actuaciones del Trabajador Social, podemos señalar las siguientes:

- Motivación y apoyo.
- Promoción de hábitos y estilo de vida saludables.
- Apoyo en el restablecimiento, mantenimiento de los vínculos sociofamiliares.
- Acompañamiento social durante todo el proceso y trabajo en red con otros profesionales y dispositivos.
- Orientación para la adecuada utilización de los recursos.

## **CONCLUSIONES**

El consumo de alcohol por parte de menores supone un riesgo para su salud física, mental y social, y además existen indicios relevantes de que el consumo habitual a edades tempranas se correlaciona con el consumo abusivo en la adolescencia y en la madurez, convirtiéndose así en un claro factor de predicción de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta, donde se hace necesario la elaboración de unas estrategias de prevención que sean eficaces y eficientes.

En el estudio realizado hemos obtenido una serie de resultados preocupantes para nuestra sociedad. En primer lugar, hemos observado que donde se produce una evolución de consumo es el paso de segundo a tercero de la E.S.O. En este punto, es donde hemos observado un gran cambio en las actitudes y comportamientos del colectivo juvenil.

En segundo lugar, hemos observado que existe una progresión en el consumo según se va aumentando de edad. Por lo tanto, a más edad, más consumo.

En tercer lugar, se observa el desinterés generalizado por parte de los menores sobre lo grave que es consumo de alcohol y los problemas que se pueden desarrollar en el futuro. Este colectivo está informado sobre los problemas que genera el alcohol sin embargo, su actitud es pasiva. Son conscientes de los peligros, pero no es algo que les preocupe demasiado.

Y por último, resta por señalar que la adolescencia es una etapa muy compleja, es muy difícil acercarse a los adolescentes, y hacerles entender las graves consecuencias que tiene el consumo, debido a su actitud y comportamiento.

De todos los jóvenes que consumen, la mayoría considera que no existe peligro en consumir, sin embargo, la realidad es diferente, a esta edad, se es muy vulnerable e influenciado por las características del contexto. Es muy fácil engancharse al alcohol y a otro tipo de drogas sin que estos jóvenes se den cuenta. En este punto, las actuaciones de prevención son fundamentales.

En la actualidad, disminuir en gran medida el consumo juvenil es una labor de gran envergadura y dificultad, pero no es imposible.

## **BIBLIOGRAFIA.**

- Acero Sáez, C. (1995). *Trabajo Social y alcoholismo*. Cuadernos de Trabajo Social, Nº8, pp. 201-212. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9595110201A>
  
- Alcohol y jóvenes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/legislacion/legislacionAutonomica.htm>
  
- Argadoña, A, Fontrodona, J y Lombardía García, P. (2009). *Libro blanco del Consumo Responsable de Alcohol*. Navarra: Diageo.
  
- Barajas, C. y cols. (2004). *"Perspectivas sobre el desarrollo humano. Teoría y práctica"*. Madrid: Pirámide.
  
- Berger, K. S. (2006). *"Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia"*. Madrid: Médica. Panamericana.
  
- Besançon, F, Verjano, F (2001), *"Alcohol: hablemos. Una puerta de salida"*. Madrid: ediciones Díaz Santos, S.A.
  
- Calafat, A. Montserrat, J. Becoña, E. Castillo, A. Fernández, C. Franco, M, Pereiro, C. y Ros, M. (2005, 12 Junio), *El consumo de alcohol en la lógica del botellón*. *Adicciones*, vol.17 Núm.3, pp. 193-202.
  
- Díez Hernández, I. (2003). *La influencia del alcohol en la sociedad*. *Osasunaz* núm.5, pp. 177-190. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf>
  
- Gual, A. (2002). *Monografía alcohol*. *Adicciones* vol.4, suplemento 1. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/alcohol.pdf>
  
- Instituto de Adicciones. (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de adicciones*. Madrid.
  
- Jiménez Leal, R. (2004). *La entrevista clínica (El médico y el adolescente)*. Disponible en: [http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion\\_acre2004/tema20/adolescente2.php](http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema20/adolescente2.php)
  
- López Peláez. (Junio 2012). *Jóvenes y Trabajo Social*. *Revista de Estudios Juventud*. Nº93 pp. 53-207. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/06/publicaciones/JOVENES%20Y%20TRABAJO%20SOCIAL\\_0.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/06/publicaciones/JOVENES%20Y%20TRABAJO%20SOCIAL_0.pdf)

- Megías Valenzuela, E. Ballesteros Guerra, J, C. Conde Gutiérrez del Álamo, F. Elzo Imaz, J. Laespada Martínez, T. Megías Quirós, I. y Rodríguez San Julián, E. (2007). *Adolescentes ante el alcohol. La mirada de padres y madres*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
  
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Madrid.
  
- Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías. (2002). *Informe anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa*. Portugal.
  
- Pascual Pastor, F y Guardia Serecigni, J. (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. Barcelona: Socidrogralcohol.
  
- Pons Diez, J. y Berjano Peirats, E. (1997). *Análisis de los estilos parentales de socialización al abuso del alcohol en adolescentes*. *Psicothema*, Vol. 9, núm.3, pp. 609-617. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=131>
  
- Pons Diez, J. y Berjano Peirats, E. (1999) *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Valencia.
  
- Reamer y Siegel. (2008). *Como ayudan los Trabajadores Sociales a los adolescentes conflictivos*. NASW (National Assosiation of Social Workers). Estados Unidos. Disponible en: <http://www.helpstartshere.org/kids-and-families/healthy-parenting/como-ayudan-los-trabajadores-sociales-a-los-adolescentes-conflictivos.html>
  
- Sirvent Ruz, C, De la Villa Moral Jiménez, M y Rodríguez Día, FJ (2007). *Jóvenes y alcohol. Conjunto didáctico-audiovisual para educadores, psicólogos, padres y colectivos mediadores*. Valencia: Nau Llibres, Edicions Culturals Valencianes.
  
- Vicente-Herrero. Ruiz-Flores. Ramírez-Iñiguez de la Torre. Capdevila-García. Terradillos-García. Aguilar-Jiménez. Y López-González. (2014). *Consumo de alcohol en España. Aspectos evolutivos. Una problemática con repercusión en salud pública*. *Medicina, Salud y Sociedad* Vol. 5, Núm. 2. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/162>
  
- Villalbí, J.R, Bosque-Prous, M, Gili-Miner, M, Spelt, A y Brugal, M.T. (julio-agosto 2014). *Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol*. *Revista española Salud Pública*, Vol. 88 nº4 pp. 515-528. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/pdf/resp/v88n4/06\\_colaboracion5.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/resp/v88n4/06_colaboracion5.pdf)

**ANEXO 1. Cuestionario realizado.**

Curso.....	Edad.....
Sexo M F (marcar)	fecha.....

A continuación, encontrará una serie de preguntas que debe responder marcando con una X la respuesta que considere la más acertada. Lea atentamente el cuestionario y no cambie de hoja hasta responder al cuestionario completo. En caso de duda, pregunte al responsable del cuestionario. Dicho cuestionario es confidencial, absolutamente nadie, se enterará de sus respuestas, conteste con sinceridad.

**1. En este último mes ¿En cuales de las siguientes actividades ha utilizado su tiempo libre? (puede marcar varias opciones)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a) Estar en la calle  | <input type="checkbox"/> f) Bailar.              |
| <input type="checkbox"/> b) Estudiar           | <input type="checkbox"/> g) Ver la TV            |
| <input type="checkbox"/> c) Salir de copas     | <input type="checkbox"/> h) Escuchar música      |
| <input type="checkbox"/> d) Salir al campo     | <input type="checkbox"/> i) Salir con la familia |
| <input type="checkbox"/> e) practicar deporte. | <input type="checkbox"/> j) Otros.....           |

**2. ¿Cuánto alcohol cree que beben la mayoría de los jóvenes?**

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Normal

**3. Cuando salgo con mis amigos de fiesta, bebo....**

- a) Porque me gusta el sabor
- b) Por diversión y placer
- c) Por olvidar problemas personales
- d) Sentir emociones nuevas
- e) Superar la timidez

**4. Cuando está con sus amigos...**

- a) Me da lo mismo beber por la mañana que por la tarde.
- b) Prefiero beber por la tarde.
- c) Prefiero beber por la mañana.
- d) No bebo

**5. ¿Dónde ha consumido alcohol en los últimos 30 días?**

- a) En casa, yo solo.
- b) Fuera de casa, yo solo.
- c) En casa, con mi familia.
- d) En mi casa o en la de un amigo.
- e) En bares con mis amigos.
- f) En la calle con mis amigos.
- g) En discotecas.

**6. En el último mes, ¿Qué tipo de bebida ha consumido?**

- a) Vino.
- b) Cerveza.
- c) Cubatas.
- d) Kalimocho.
- e) chupitos.

**7. ¿Por qué bebiste la primera vez? (puede marcar más de una)**

- a) Olvidar.
- b) Evadir la rutina.
- c) Porque bebían mis amigos.
- d) Porque me incitaron a ello.
- e) Para desinhibirme.
- f) Para ligar.
- g) Para sentir euforia.

**8. ¿Por qué cree que bebe la gente? (puede marcar más de una)**

- a) Olvidar.
- b) Evadir su rutina.
- c) Porque bebían sus amigos.
- d) Porque le incitaron a ello.
- e) Para desinhibirse.
- f) Para ligar.
- g) Para sentir euforia.

**9. A lo largo de su vida, ¿Ha tenido alguna vez alguno de estos problemas como consecuencia del consumo del alcohol? (puede señalar más de uno).**

- a) Accidentes (caídas).
- b) Detección de la policía o las fuerzas del orden público.
- c) Faltar al colegio un día entero o más tiempo.
- d) Riña, discusión u otro conflicto importante, sin agresión.
- e) Pelea o agresión física.

**10. ¿Por qué vía o vías a recibido información sobre drogas?**

- a) Padres, hermanos.
- b) Otros familiares.
- c) Amigos.
- d) Profesores.
- e) Medios de comunicación.
- f) Charlas.
- g) Folletos, libros.
- h) Personas relacionadas con el tema.

En las tablas siguientes, marque con una X la respuesta que crea conveniente. Lea atentamente las frases y responda con sinceridad, recuerde que es anónimo.

	Es perjudicial para la salud.	Es perjudicial, pero de momento no me preocupa.	No pasa nada por hacerlo.
1. Fumar un paquete de tabaco diario.			
2. Fumar menos de un paquete diario.			
3. Fumar hachís o marihuana.			
4. Salir a beber con mis amigos el fin de semana.			
5. Emborracharme o “coger el puntillo”.			
6. Tomar 5 o 6 cañas al día.			
7. Tomar cubatas y chupitos.			

	Estoy de acuerdo (verdadero)	No estoy de acuerdo (falso)
1. El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial.		
2. Admiro a quien no consume alcohol.		
3. Estaría dispuesto a “coger el puntillo” o hasta emborracharme.		
4. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales.		
5. Existe relación entre fumar tabaco, tomar alcohol y consumir drogas.		
6. Que tanta gente consuma alcohol demuestra que no es tan perjudicial como se dice.		
7. Aunque mis amigos beban yo no pienso hacerlo.		
8. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol.		
9. El alcohol no es uno de los grandes problemas de la sociedad.		
10. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que bebiese alcohol.		
11. Me disgusta que se consuma alcohol.		
12. Estaría dispuesto a dejar de ir con mis amigos porque beben con frecuencia.		
13. Quien toma alcohol para animarse, fácilmente buscara efectos parecidos en otras drogas.		
14. Estaría dispuesto a convencer a mis amigos para que probasen el alcohol por primera vez.		
15. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol.		

Para finalizar, le agradeceríamos que conteste a estas preguntas, con la misma sinceridad que ha contestado a las preguntas anteriores.

1. ¿Suele salir todos los fines de semana? SI / NO
2. Cuando sale de fiesta con sus amigos, ¿A qué hora regresa a casa? \_\_\_\_\_
3. ¿Consumes bebidas alcohólicas siempre que sales con tus amigos de fiesta? SI / NO
4. ¿A qué edad probó el alcohol por primera vez? \_\_\_\_\_
5. ¿Se ha emborrachado alguna vez? SI / NO
5. En el último mes, ¿Se ha emborrachado? SI / NO
6. ¿Fuma? SI / NO
7. ¿Cuál es la situación de sus padres?  Casados  Separados  Fallecidos.
8. Numero de hermanos: \_\_\_\_\_ lugar que ocupa:  Mayor  Medio  Pequeño
9. Situación laboral de los padres:  Trabajan  parados  Solo trabaja uno de los dos.
10. ¿Ha repetido curso alguna vez? SI / NO
11. ¿De cuánto dinero dispone a la semana, para tus gastos personales? \_\_\_\_\_ €
12. ¿Cuándo suele beber alcohol? (puedes marcar más de una)
  - Viernes entre las 18h. y las 22 h.
  - Viernes por la noche.
  - Sábado entre las 18h y las 22h.
  - Sábado por la noche.
  - Domingo entre las 18h y las 22 h.
  - Domingo por la noche.
13. ¿Suele consumir algunas de estas sustancias con el alcohol? (puede marcar más de una)
  - Tabaco
  - Hachís o marihuana
  - Otras
14. ¿Cree que hay un problema de alcoholismo en los jóvenes? SI / NO
15. ¿Cree que la juventud en general consume alcohol de forma razonable? SI / NO
16. ¿Es fácil para usted conseguir alcohol? SI / NO
17. ¿Cuándo acude al bar le piden el DNI para tomar bebidas alcohólicas? SI / NO
18. ¿Le sirven siempre la bebida alcohólica que piden? SI / NO
19. ¿Han hablado sus padres con usted acerca de los problemas del alcoholismo? SI / NO
20. Cuando sales con tus amigos de fiesta y no bebes, hacen que te sientas inferior, utilizan frases como “no pasa nada por beber un poco” “una copa no te va a hacer daño”? SI / NO

*Has finalizado el cuestionario  
¡Muchas gracias por su colaboración!*