

## Capítulo 10

# La percepción de riesgo en la prevención del consumo de alcohol

*J.A. García del Castillo, Á. García del Castillo-López y C. López-Sánchez*

### 1. Introducción

Una de las variables que juega un papel primordial en el inicio al consumo de sustancias es la percepción de riesgo. Sin duda, se hace mucho más significativa su importancia en sustancias legales como el tabaco y el alcohol, alcanzando una cota de mayor representatividad en esta última, dado que se entiende que los patrones culturales de aceptación y normalización social son mucho más amplios y reconocidos en las sociedades europeas con respecto al uso de las bebidas alcohólicas. En la cultura mediterránea parece que está más unido a patrones de diversión y relación social entre los jóvenes, por lo que se convierte en vital si queremos entender el concepto de riesgo asumido por esta población.

La exposición al riesgo desde una perspectiva normalizada vendría marcada por la probabilidad que tenemos de sufrir algún tipo de accidente sin que medien comportamientos arriesgados por nuestra parte. Siempre cabe la posibilidad de que tropecemos en una acera deteriorada, nos despistemos al cruzar una carretera o nos quememos con la plancha. Pero aunque sean causas posibles no entran dentro de una probabilidad alta, ni siquiera media de que nos ocurran. En estos supuestos cotidianos faltaría además la intencionalidad de buscar riesgos conocidos o supuestamente reconocibles como tales.

Si hacemos un análisis al margen de las conductas de riesgo claramente reconocidas o más obvias, como puede ser llegar a un coma etílico, en nuestra vida cotidiana son muchas y variadas las situaciones en las que, de alguna forma, nos situamos ante comportamientos de riesgo que posiblemente no valoremos adecuadamente. De hecho conducir vehículos sería una de las principales causas de mortalidad evitable. Si acudimos a las cifras, podemos comprobar que en España hemos pasado de más de 5.000 muertes en el año 1992 a menos de 1.500 en el año 2011 (Dirección General de Tráfico, 2012). Con toda seguridad uno de los factores que ha podido influir en este descenso es el aumento de la percepción de riesgo de los conductores sumado a una serie de medidas como la mejora de los vehículos, de las carreteras o el miedo a las sanciones. No es comparable con las muertes evitables atribuibles al consumo de alcohol de forma directa que entre los años 1999 y 2004 sumaron en España más de 50.000, con una media anual superior a las 8.000 muertes (Fierro, Ochoa, Yáñez, Valderrama y Álvarez, 2008).

En principio, el control del riesgo lo podríamos entender como linealmente proporcional a la cantidad de experiencias e información que se posee en torno al mismo, de forma que la objetividad del propio concepto se configurará a través de la información y experiencias acumuladas. Sin embargo en la práctica no se manifiesta tan linealmente como cabría esperar, y muchos de nuestros comportamientos superan la barrera de riesgo asumible, jugando con factores como el azar, una falsa percepción de superioridad con respecto al riesgo que corremos o la minimización del daño que podríamos esperar si las cosas no salen como nosotros previamente habíamos pensado. La forma en que los más jóvenes tienen de afrontar un riesgo es bajo la suposición mágica de que están protegidos, aunque a su vez puedan entender sin problemas que otros jóvenes en su misma situación no lo están. Decimos mágica, porque en realidad no hay ningún argumento racional o psicológico que sustente esta creencia, a no ser que nos vayamos al supuesto de que la confianza que podemos llegar a tener en nosotros mismos supere con creces cualquier tipo de riesgo potencial. El «exceso de confianza» pasa a ser un indicador de riesgo en comportamientos de salud, tal y como ya se ha demostrado que lo es como causa de riesgo de accidente laboral (De la Orden, Zimmermann y Maqueda, 2002).

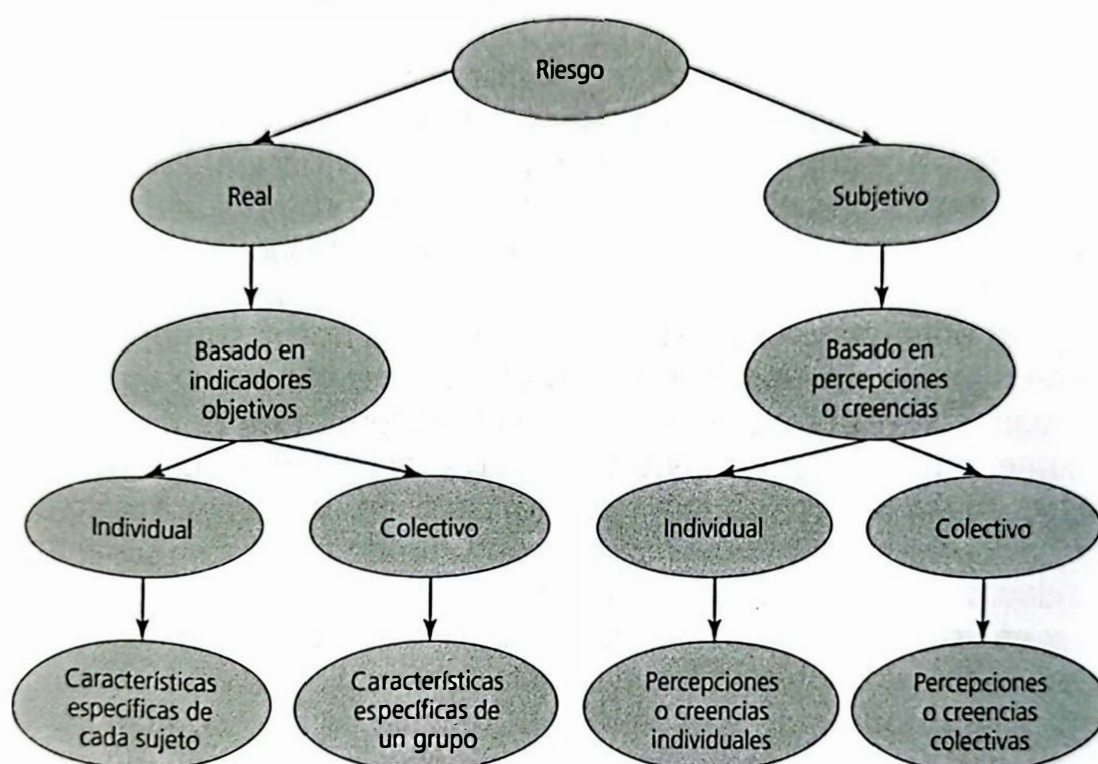
## **2. Concepto de riesgo**

No encontramos en la literatura una definición que aglutine el concepto de riesgo en un sentido único. Por ello las vertientes desde las

que podemos partir para su análisis son variadas y, en cierta medida, nos podrían llevar a considerar algunas de ellas como contrarias entre sí, cuando en realidad no es así. Podríamos aproximarnos al concepto desde un plano real o subjetivo partiendo de lo individual o lo colectivo, llegando a resultantes diferentes en cada caso (Figura 1).

Figura 1

**Concepto de riesgo (García del Castillo, 2012)**



El riesgo real, basado en indicadores objetivos que normalmente son absolutos, puede repercutir de manera distinta si es a nivel de un solo individuo, donde entrarán en juego sus características personales. De hecho será diametralmente diferente el riesgo real que correría un hombre frente a una mujer a la hora de beber alcohol, dado que las mujeres son más vulnerables que los hombres (Izquierdo, 2002). Asimismo, no sería la misma tasa de riesgo si se tiene bajo peso o si la edad de la ingesta es muy temprana, por ejemplificar algunas posibilidades. Por otra parte, si nos centramos en el riesgo real de una forma colectiva, tendremos también algunos parámetros de contraste en función del tipo de población, ya que hay evidencia de que el ADH y el ADLH son diferentes genéticamente según la raza (Izquierdo, 2002).

En cuanto al riesgo subjetivo las posibilidades también cuentan con una amplia variabilidad, posiblemente mayor que en el caso de riesgo real, ya que intervienen diversos factores (García del Castillo, 2012):

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

Todos estos factores estarán expuestos a los procesos de atribución individuales, pudiendo influir en que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación. Por ello, los posibles perfiles de riesgo subjetivo serán tantos como sujetos a evaluar. Si planteamos un supuesto de consumo de alcohol, donde un joven puede percibir bajo riesgo porque en su experiencia personal, en ocasiones anteriores, ha podido comprobar que no ha sufrido ningún tipo de malestar o peligro por el consumo. Así mismo puede estar bien informado de que una cantidad de alcohol determinada no es necesariamente perjudicial si no tiene que realizar actividades que entrañen peligros adicionales (como, por ejemplo, conducir un coche). Sus creencias y actitudes son positivas hacia el consumo de alcohol en pequeñas cantidades y de una forma «controlada» y se siente muy motivado a beber en esta ocasión concreta porque es similar a otras anteriores que fueron realmente exitosas para él (García del Castillo, 2012, 139).

Desde un punto de vista colectivo, la base de riesgo subjetivo se centra en el conjunto de creencias y percepciones del imaginario colectivo, generando una serie de comportamientos grupales que están en función del lugar, del grupo y del momento en el que se desarrollen los acontecimientos. De hecho un joven que se dispone a consumir alcohol en el seno de un grupo de jóvenes que habitualmente lo hacen, asume las directrices de riesgo del grupo sintiéndose protegido tal y como lo están todos los demás. Si partimos de la epidemiología como base de estudio del concepto de riesgo, encontramos que incluye tres elementos, según indican (Almeida, Castiel y Ayres, 2009):

- Número de casos donde aparece muerte-enfermedad-salud.
- Parámetro de referencia poblacional.
- Parámetro de referencia temporal.

Para que tengamos un índice de riesgo colectivo, necesitamos que estos indicadores se tengan en cuenta conjuntamente, pero nos servirán únicamente como referente global, es decir, para lo que estamos

llamando riesgo real, nunca serán un determinante del riesgo subjetivo, a no ser que cada uno de los sujetos de esa población determinada entienda que está en riesgo y lo asuma.

Al margen de las generalidades que entraña un riesgo real, sabemos que cada persona es única y cuenta con unas características particulares que hacen complicado el poder establecer criterios generales para todos, independientemente del riesgo a asumir. De esta forma es muy complejo establecer la cantidad de riesgo real de un sujeto concreto basándonos solamente en criterios epidemiológicos, dado que para otro sujeto esos mismos criterios podrían estar muy alejados de la misma tasa de riesgo real (Gil, 2004). Desde estos argumentos es perfectamente asumible pensar que el riesgo, tanto el real como el subjetivo, es poderosamente dinámico.

Otros puntos de vista desde donde podemos abordar el concepto de riesgo para poder aproximarnos a un planteamiento conjunto posterior, es asumirlo como una respuesta comportamental y no tanto como un estímulo evocador. Podríamos entender este argumento desde la perspectiva de que el riesgo real u objetivo se consolida a partir de los dictámenes que desarrollan los expertos, mientras que el riesgo subjetivo o percibido se configuraría desde la visión parcial e individual de cada persona (Portell, Riba y Bayés, 1997). Según Farré (2005), el riesgo se puede entender como una probabilidad cuantificable de que suceda algo negativo con consecuencias perjudiciales o adversas. Cabe pensar desde la perspectiva constructivista que finalmente todo riesgo es subjetivo, porque se procesa a través de las percepciones.

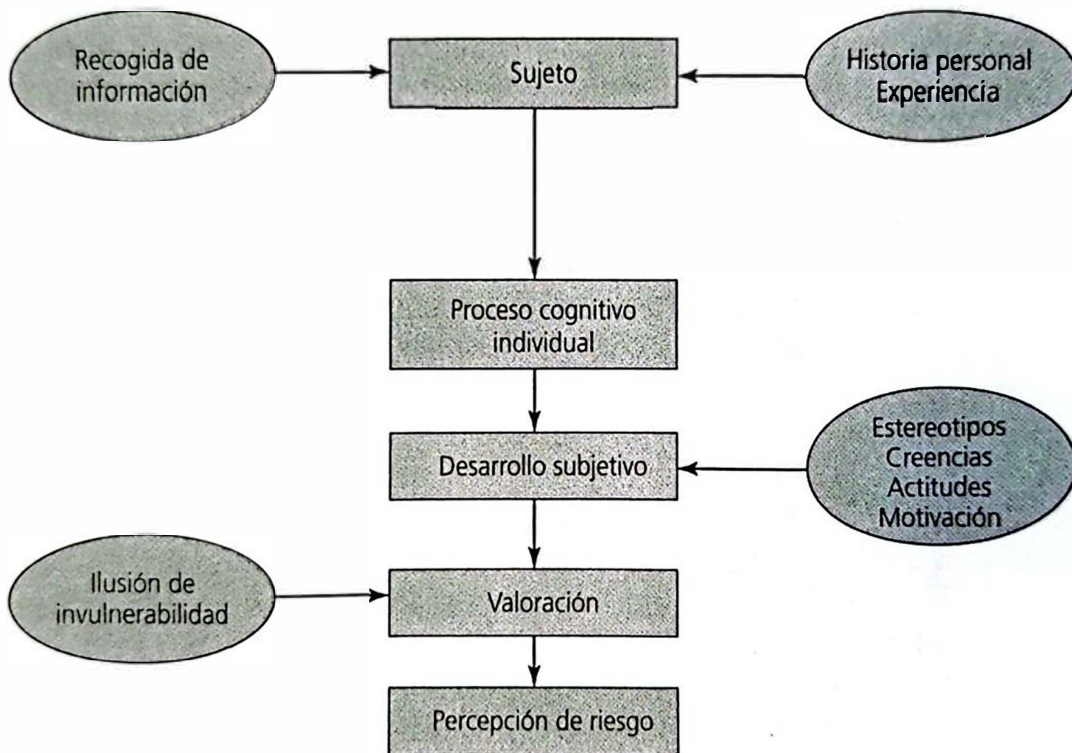
El concepto de percepción, independientemente de su asociación al riesgo, habría que encuadrarlo en el campo de la cognición social y, por supuesto, en un plano subjetivo asociado a otros conceptos como las creencias, los valores y las actitudes. Una definición clásica de Allport (1974, 7-8) define percepción como «algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos». Torregrosa y Crespo (1984, 141) manifiestan que la «percepción es concebida como un proceso selectivo, que posibilita la actuación en un medio complejo, y que viene determinada por las necesidades, valores, tensiones y base cultural del sujeto». Pastor (2000) enfoca la percepción como un proceso cognitivo apoyado en la información que cada persona elabora sobre diferentes cuestiones de índole social y que procesa para organizar un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor será susceptible de condicionar su comportamiento posterior. La visión de Rodríguez y Betancor (2007) se orienta completamente hacia la cognición social, teniendo como objeto la forma en que las personas atienden, analizan, interpretan, recuerdan y usan la información para poder elaborar juicios y llevar a cabo acciones.

Si conjugamos los elementos que intervienen en la percepción y en el riesgo, podemos llegar a la configuración teórica del concepto percepción de riesgo, incluyendo aquellas características que intervienen en el proceso y que se expresan en la Figura 2:

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

Figura 2

**Configuración de la Percepción de Riesgo  
(Modificado de García del Castillo-López, 2011)**



Desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema. De hecho, la información recogida acerca de cualquier acontecimiento puede venir de distintas fuentes entre las que pueden estar las fidedignas y contrastadas o bien aquellas de poca o baja credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal con-

formarán las creencias y las actitudes fundamentalmente, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada (García del Castillo, 2012, 140).

Los sujetos no siempre son capaces de hacer valoraciones objetivas de la situación que se les presenta, bien porque están influenciados por otras variables externas (amigos, contexto, cultura), o bien porque generan barreras subjetivas alrededor del acontecimiento a valorar, que lo hacen menos vulnerable a sus consecuencias. De hecho un pensamiento puede estar sesgado en función de la información externa recibida (Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno, 2012). Está suficientemente descrito el fenómeno del optimismo ilusorio, con el que una persona o grupo es capaz de sobrevalorar sus posibilidades frente a un acontecimiento llegando a la certeza de que será positivo (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez & Blanco, 1998; Weinstein, 1980, 1982). Son muchos los estudios que resaltan la gran importancia que puede llegar a tener el optimismo ilusorio en las conductas de salud (Dillard, Midboe y Klein, 2009; Gold, 2008; Harris y Guten, 1979; Kirscht, Haefner, Kegeles y Rosenstock, 1966; McGee y Cairns, 2009; Patton, Tollit, Romaniuk, Spence, Sheffield y Sawyer, 2011; Rosenstock, 1974).

También podemos encontrar el término «ilusión de invulnerabilidad» (Alonso y Pozo, 2002) muy relacionado con el anterior, que expresa la tendencia de la persona a percibir que le ocurrirán menos acontecimientos negativos que al resto, consiguiendo reducir su percepción de riesgo. Por último el término «optimismo comparativo» hace referencia a la probabilidad que manejan las personas de que en su caso individual tendrá más acontecimientos de tipo positivo que la media y una menor probabilidad de que le sucedan acontecimientos o sucesos negativos (Concha *et al.*, 2012).

### **3. Configuración de la percepción de riesgo desde diferentes teorías psicológicas**

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

1983, 1985), el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988), el Proceso de Acción a favor de la Salud (Schwarzer, 1992) y el Modelo de Respuesta Paralela Extendido (Witte, 1992a, 1992b, 1998; Witte y Allen, 2000).

### **3.1. Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo de Creencias de Salud**

A partir de las premisas que propuso Hochbaum (1958), fueron los planteamientos de Rosentock (1974) los que desarrollaron el Modelo de Creencias de Salud (MCS) postulándose como el que más repercusión ha tenido en el campo de la psicología de la salud, aplicándose a un gran número de comportamientos de salud. Se apoya fundamentalmente en la teoría del valor esperado y en las teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (Medina y León, 2004). El modelo se desarrolla a partir de predicciones de conductas saludables que se generan a partir de las creencias y de diferentes acontecimientos relacionados con la salud. Cuando una persona decide un comportamiento u otro tiene en cuenta en su decisión el evitar o disminuir al máximo una conducta que genere riesgo para su salud, siempre bajo la incertidumbre de no saber cuál será el resultado de sus acciones. El comportamiento de salud estará mediado por aquellos elementos que llevarán a la persona hacia una conducta saludable o bien a asumir un riesgo de salud, en función de sus creencias y de su motivación por seguir manteniéndose sano. Los elementos que inciden en el proceso de toma de decisiones son (León, Medina, Barriga, Ballesteros, y Herrera, 2004; Valencia, Londoño, Amézquita, Cortés, Guerra, Hurtado y Ordoñez, 2009):

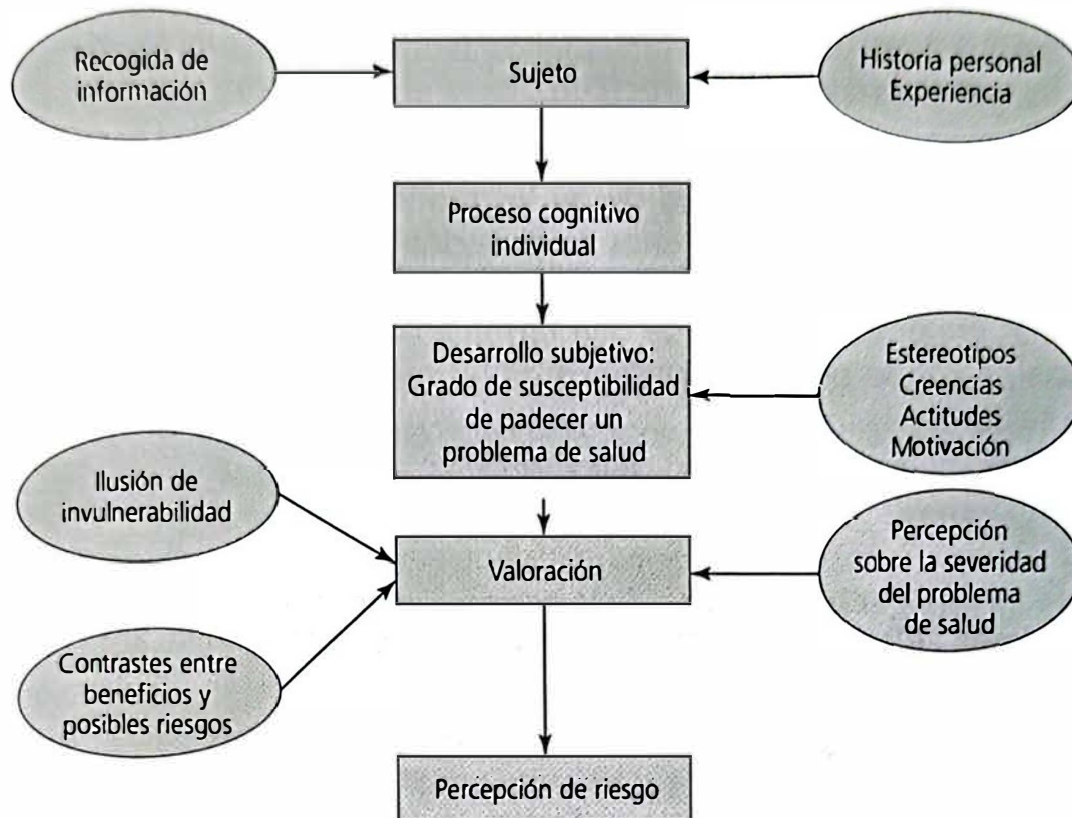
- La susceptibilidad percibida o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar, de carácter subjetivo.
- La gravedad percibida donde se valora la probabilidad de enfermar así como las consecuencias de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida. Este elemento será también de carácter subjetivo.
- Los beneficios y costes percibidos para que pueda reducir los riesgos de salud y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas. Estaríamos ante un nuevo elemento subjetivo.

Si nos basamos en el Modelo de Creencias de Salud, podemos plantear la siguiente configuración del concepto de percepción de riesgo.



Figura 3

**Configuración de la percepción de riesgo en base al MCS  
(Modificado de García del Castillo-López, 2011)**



Como vemos en la figura sumamos a la configuración anterior aquellas variables que hacen posible conseguir una valoración subjetiva que evalúe el grado de susceptibilidad atribuido a un proceso de enfermedad, la percepción atribuida a la severidad del problema de salud y los costes beneficios posibles, que una vez contrastados, llevarán a una percepción de riesgo de mayor o menor nivel (García del Castillo, 2012, 143).

### 3.2. Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada

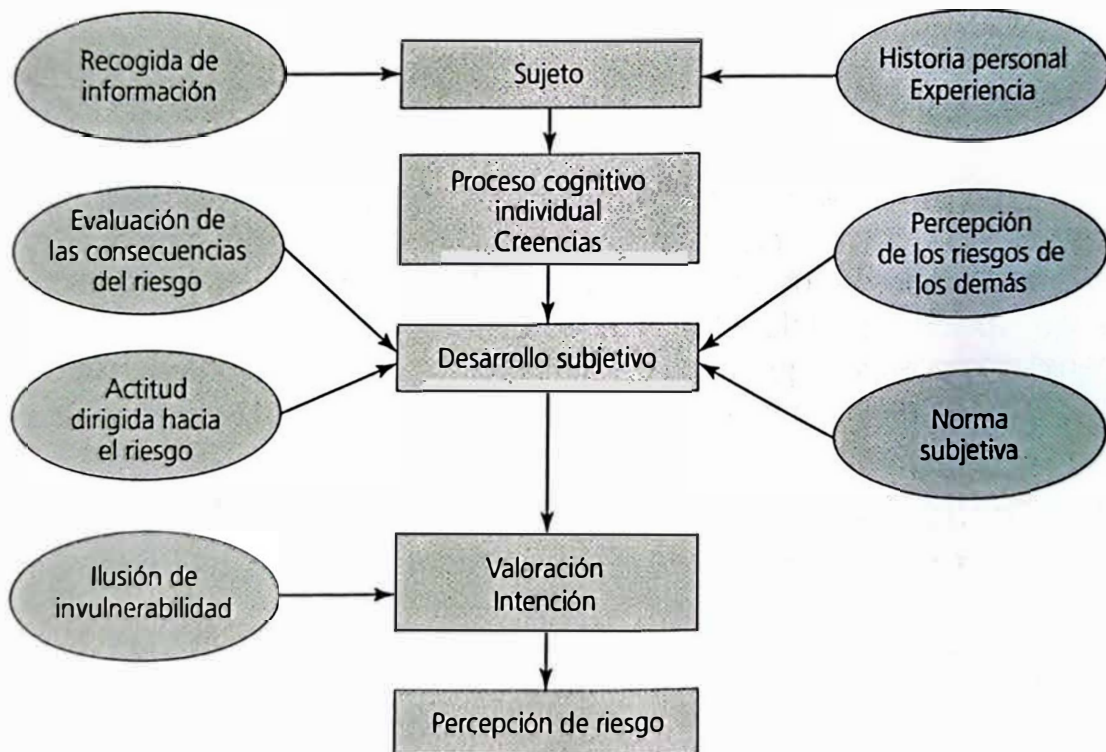
El estudio de las actitudes ha sido uno de los temas clásicos de la psicología social. El concepto de actitud se ha definido decenas de veces desde diferentes puntos de vista, como una predisposición o tendencia hacia la evaluación (Katz y Stotland, 1959), como la forma de ver o interpretar una cosa de forma agradable o desagradable (Newcomb, 1959) o como la posición que se adopta hacia objetos, cuestiones polémicas, personas, grupos o instituciones (Sherif y Sherif, 1965). En sus principios se estudia la actitud desde tres componentes:

- Componente cognitivo: conocimientos acerca de un objeto de actitud.
- Componente afectivo: nuclear en el estudio de las actitudes, se refiere a la vinculación entre la persona y el objeto de actitud.
- Componente comportamental: la tendencia hacia la acción respecto de un objeto de actitud.

Es a partir de los años sesenta del siglo pasado cuando se comienza a estudiar la actitud desde los modelos de componente único, donde se apoyan las teorías de la Acción Razonada y la Conducta Planeada. Como señalan Medina y León (2004) en un principio estas teorías pretenden explicar de una forma empírica el comportamiento social, pasando posteriormente a intentar explicar el comportamiento de salud.

Figura 4

**Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Acción Razonada (García del Castillo, 2012)**



Mediante la teoría de la Acción Razonada se busca predecir la conducta mediante lo que los autores denominan la norma subjetiva

y las actitudes, a través de la intención. Para configurar la percepción de riesgo en el marco teórico de estas teorías, tendríamos que incluir los elementos que la integran en nuestro esquema, quedando el desarrollo subjetivo modulado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes que se orientan hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los otros y la norma subjetiva, tal y como hemos reflejado en la figura 4.

### ***3.3. Configuración de la percepción de riesgo desde la teoría de la Motivación Protectora***

Gran parte de las campañas y programas de prevención de salud se centran en el miedo como estrategia para evitar o modificar comportamientos de riesgo. La teoría de la Motivación Protectora es formulada en los años setenta del siglo pasado por Rogers (1975, 1983, 1985) y posteriormente ampliada por Harris y Middleton (1994).

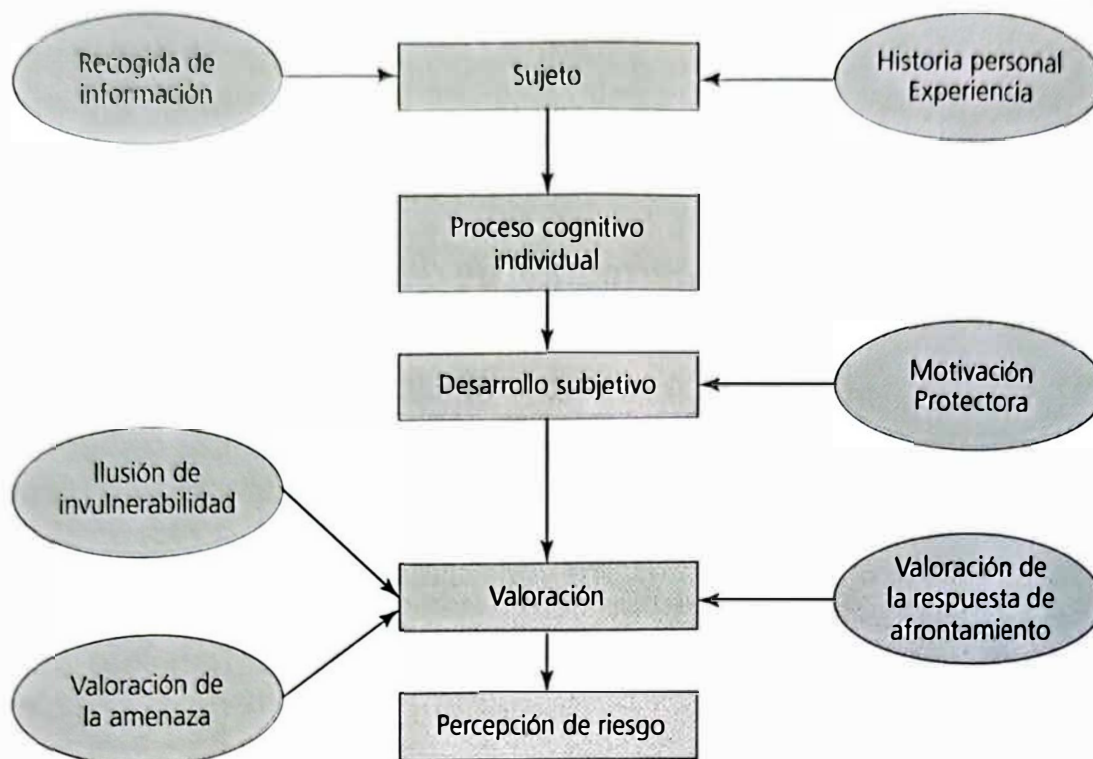
El núcleo central de la teoría se desarrolla alrededor del miedo a las consecuencias que modula o mediatiza el comportamiento final de una persona, llevándola a buscar todas aquellas medidas posibles que puedan protegerla. La percepción de miedo estará en función de dos factores, el grado de amenaza y el grado de susceptibilidad (Ordoñana y Gómez, 2002). Si logramos infundir un miedo lo suficientemente alto, podríamos mantener el comportamiento de salud, teniendo en cuenta que la persona está bien informada de que existen salidas posibles para poder eludir el proceso de enfermedad. Cuando logramos que la persona se motive a protegerse, conseguiremos que sus conductas sean más saludables, evitando los comportamientos de riesgo. Las variables más importantes que determinan la motivación de la protección son:

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

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

Figura 5

**Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Motivación Protectora (García del Castillo, 2012)**



**3.4. Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones**

El Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988) intenta solventar el vacío que, según el autor, no cubre el modelo de creencias de salud y las teorías de la acción razonada y conducta planeada, en el sentido de que estos modelos analizan los comportamientos de salud y las variables que pueden intervenir en que se adopten estos comportamientos, pero no estiman la probabilidad con la que una persona puede llegar a comportarse saludablemente o no. Para llegar a cubrir este vacío, Weinstein formula siete etapas por las que una persona pasa o puede pasar para enfrentarse a un posible proceso de enfermedad (Medina y León, 2004):

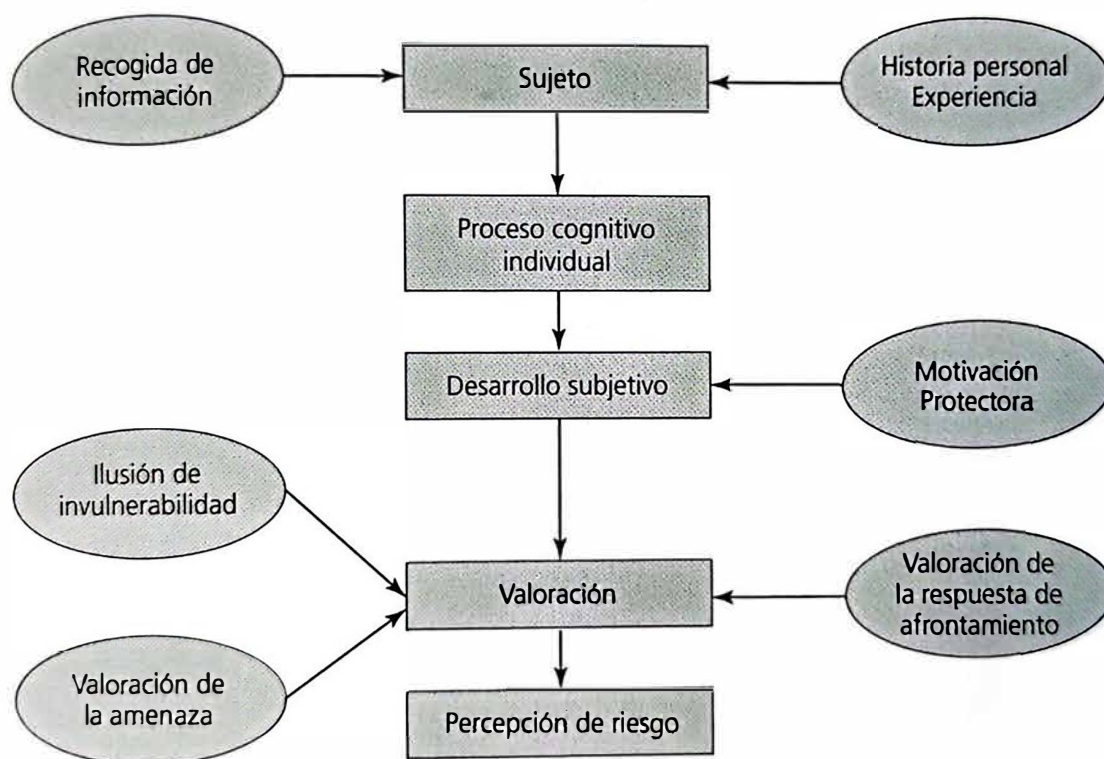
- Ausencia de información del posible peligro.
- Mantenimiento de la ilusión de invulnerabilidad.
- Asunción de la susceptibilidad del peligro sin entrar en acción protectora.
- Entrar en acción protectora.

- Arrepentimiento de entrar en acción protectora.
- Entrar de nuevo en acción protectora.
- Mantenimiento de la acción protectora.

En la configuración del concepto de percepción de riesgo siguiendo este modelo, habría que introducir las diferentes etapas en el desarrollo cognitivo, donde cabría la ausencia de información del posible peligro y la asunción de la susceptibilidad del peligro sin la puesta en marcha de una acción protectora, y en la valoración actuarían las fases de puesta en marcha de una acción protectora, el arrepentimiento de esta acción protectora, la puesta en marcha de una nueva acción protectora y el mantenimiento de la acción protectora final (Figura 6).

Figura 6

**Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones**



**3.5. Configuración de la percepción de riesgo desde el Proceso de Acción a favor de la Salud**

El Proceso de Acción a favor de la Salud propuesto por Schwarzer (1992) considera la conducta de salud como un proceso de autorre-

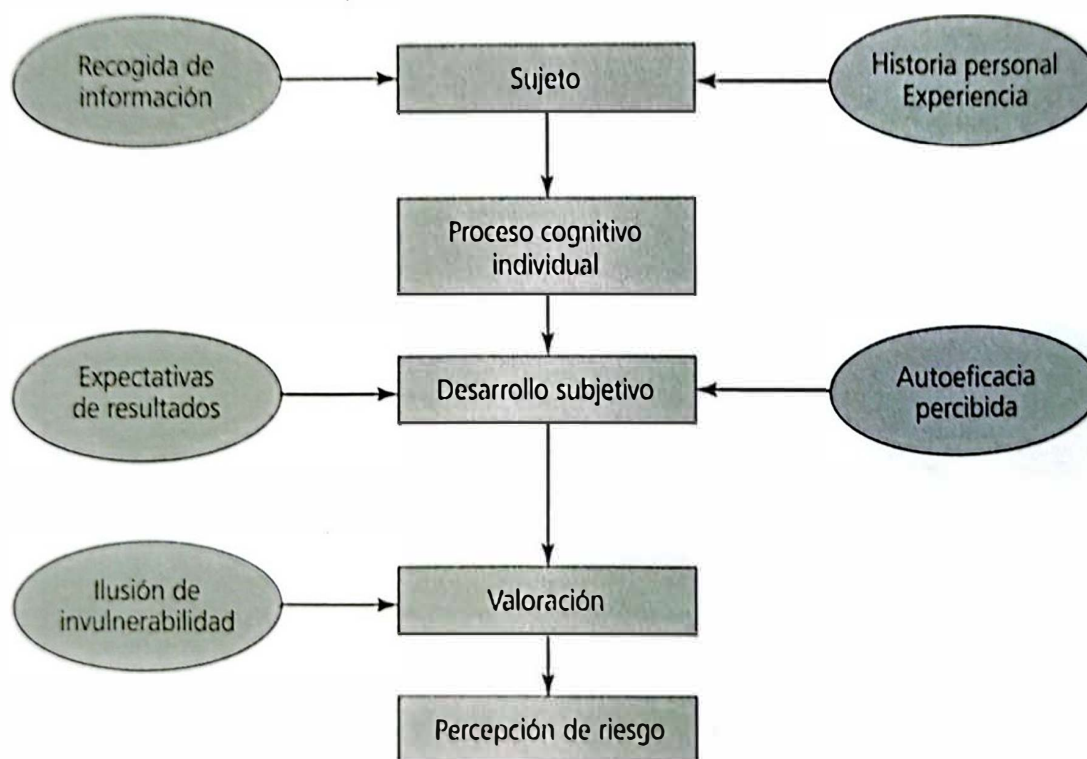
culación donde la motivación es la encargada de los cambios y las acciones se tienen que convertir en formas de mantenimiento del comportamiento saludable. La meta final de la conducta saludable estará modulada por tres grupos de variables (Medina y León, 2004):

- Percepción de riesgo.
- Expectativas de resultados.
- Autoeficacia percibida.

En la configuración del concepto de percepción de riesgo desde el proceso de acción a favor de la salud, integramos en el desarrollo cognitivo las expectativas de resultados y la autoeficacia percibida como moduladores de la valoración de la percepción de riesgo (Figura 7).

Figura 7

**Configuración de la percepción de riesgo desde el proceso de acción a favor de la salud**



**3.6. Configuración de la percepción de riesgo desde el Modelo de Respuesta Paralela Extendido**

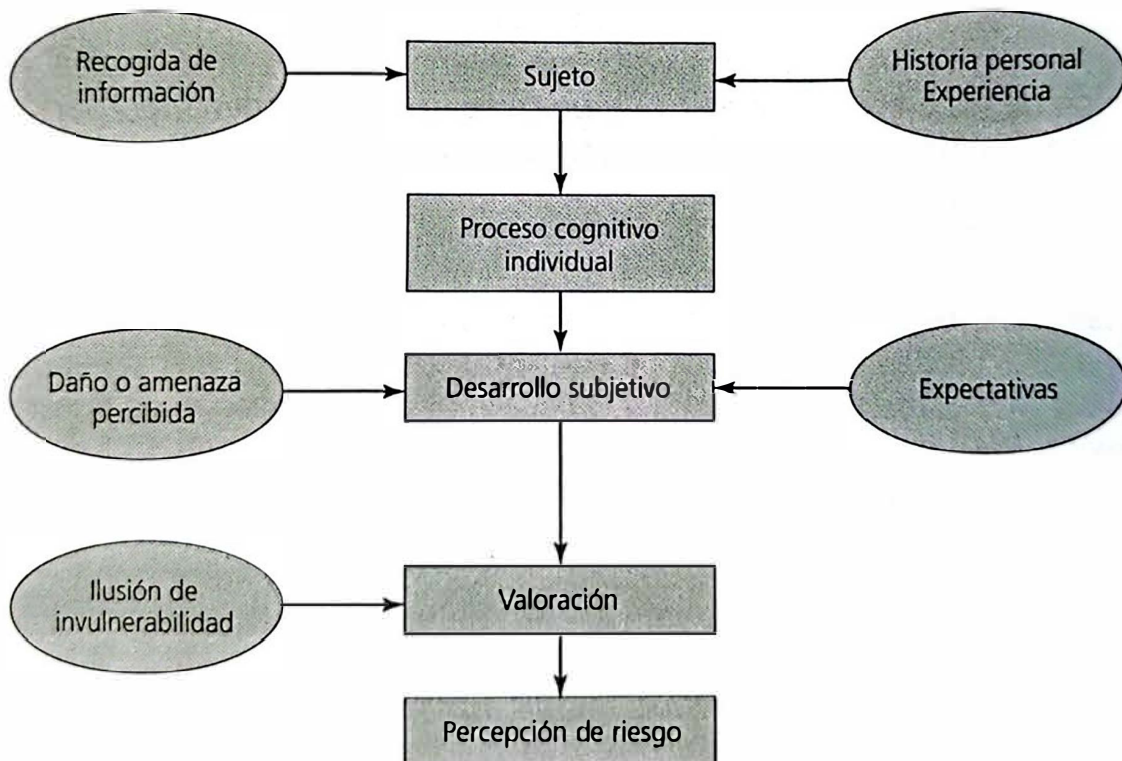
El modelo se articula a partir de los previamente formulados por Leventhal (1970, 1971) sobre mensajes de miedo y Rogers (1975, 1983,

1985) con su teoría de la motivación protectora. Básicamente Witte (1992<sup>a</sup>, 1992<sup>b</sup>, 1998), plantea que en función de cómo se presente la información de miedo al sujeto, este valorará cómo percibe la amenaza en base a su severidad y a la cantidad de susceptibilidad, en términos de consecuencias de su conducta en base a la amenaza y en términos de probabilidad de que la amenaza realmente le pueda suceder o no. Si el mensaje de miedo lo interpreta el sujeto como irrelevante o insustancial no se producirá el proceso motivacional deseado.

En la configuración del concepto de percepción de riesgo desde el modelo de respuesta paralela extendido, podemos integrar en el desarrollo cognitivo el daño o amenaza percibida y las expectativas como moduladores de la valoración de la percepción de riesgo (Figura 8).

Figura 8

**Configuración de la percepción de riesgo desde el modelo de respuesta paralela extendido**



**3.7. Percepción de riesgo y consumo de alcohol**

Todos aquellos procesos que se encuentran en el plano de lo subjetivo son difíciles de universalizar. Aunque intentemos darle forma y contenido colectivo, finalmente son los procesos cognitivos individua-

les los que procesan la información, la filtran a través del plano perceptivo y actúan en consecuencia. La percepción de riesgo se encuentra entre estos procesos, con la particularidad de que es un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal. En estos momentos no podemos obviar la cualidad que tiene esta variable en la iniciación y mantenimiento del consumo de alcohol de los jóvenes. Los intentos por aumentar la percepción de riesgo al consumo de alcohol desde los programas de prevención, las campañas de promoción de salud, el marketing de salud y otros recursos preventivos han sido hasta el momento infructuosos, lo que no quiere decir que se deba abandonar la investigación.

Son muchas las estrategias que se han puesto en marcha para intentar aumentar la percepción de riesgo en población joven, o bien para contrarrestar los posibles beneficios, también subjetivos, que puedan atribuirles los jóvenes a beber alcohol, independientemente de sus tasas de riesgo percibido. Una de las más utilizadas en los programas y campañas de promoción de salud son las estrategias de recurso al miedo, que en principio hemos visto que estarían en consonancia con alguna de las premisas básicas que promulgan la teoría de la motivación protectora de Rogers, así como el modelo de respuesta extendida paralela de Witte.

La información que les llega a los jóvenes sobre el alcohol suele ser muy contradictoria. Por una parte, la promoción de bebidas alcohólicas desarrolladas desde las compañías productoras de alcohol es de una alta calidad para inducir al consumo, utilizando el mensaje positivo como estrategia de venta y persuasión, asociándose el comportamiento de beber con situaciones positivas, tanto de corte social como individual y presentando modelos consumidores que reflejan madurez, seguridad, éxito social y personal (García del Castillo, Gázquez, López-Sánchez y García del Castillo-López, 2012). Las advertencias explícitas obligadas por la ley para el caso del tabaco, utilizando el recurso al miedo en gran cantidad de los mensajes de las cajetillas de tabaco como, por ejemplo, «Fumar mata», no son obligatorias por ley en el caso de las bebidas alcohólicas, que únicamente regulan estos mensajes con leyendas mucho menos agresivas e intimidantes como «Bebe con moderación. Es tu responsabilidad», que como se puede comprobar no inspira ningún tipo de miedo o amenaza y apela más al sentimiento de compromiso consigo mismo. El comportamiento de beber alcohol en el mundo adulto es patente en todos los ámbitos sociales, por lo que refuerza aún más el «derecho» a beber una vez cumplidos los 18 años de edad.



Por otra parte, los jóvenes se encuentran con la paradoja de que la información que reciben desde los órganos educativos, la familia, los programas de prevención y las campañas de promoción de salud o de marketing de salud, redundan en la idea de que el alcohol puede provocar una gran cantidad de perjuicios en la salud de corte agudo y crónico e incluso con resultados de muerte (coma etílico). Esta estrategia de miedo inducido se contradice con los mensajes positivos de corte publicitario y lleva a la consolidación de la subjetividad en la percepción de un posible riesgo por ingesta de alcohol, así como a potenciar la ilusión de invulnerabilidad. Se suman también las campañas que orquestan desde la Dirección General de Tráfico, muy orientadas también al recurso al miedo y, en muchas ocasiones, vinculadas al consumo de alcohol.

Indudablemente para cualquier joven es mucho más convincente un mensaje positivo de consumo de alcohol al que se le pueden atribuir consecuencias eficaces y eficientes en su conducta de interrelación con los demás, su aumento de «chispa» o su posibilidad de desinhibición ante situaciones que normalmente manejaría mal, frente a un mensaje de miedo que le induce a pensar que lo que le están contando no va con él, sino con los demás, por el efecto de la ilusión de invulnerabilidad. Es difícil, por no decir imposible, intentar transmitir mensajes orientados hacia el mantenimiento de la salud sin mencionar, de alguna manera, los riesgos que se pueden correr ante un consumo, por ejemplo, de alcohol. Según Ordoñana y Gómez (2002), los mensajes de salud pasan indefectiblemente por dos sólidos argumentos, la ambivalencia potencial y la inevitabilidad:

- La ambivalencia potencial. Utilizar el miedo o la amenaza como estrategia preventiva puede generar reactancia, con el consiguiente rechazo al argumento. Los estudios que revisan los autores apuntan que únicamente será eficiente el miedo cuando se den unas condiciones particulares que incrementarían la adherencia al mensaje, por lo que resulta ambivalente su utilización.
- La inevitabilidad. Como hemos referido anteriormente es muy difícil o imposible construir una información positiva hacia el mantenimiento de la salud que no contenga elementos sobre los peligros o riesgos que se corren con determinadas conductas. Las posibles amenazas hacia la salud están implícitas en la propia información lo que hace inevitable recurrir directa o indirectamente al miedo.

Desde los modelos de aprendizaje ocurre algo similar, si lo analizamos desde el prisma de las consecuencias. El castigo, tanto el positivo como el negativo, conlleva consecuencias negativas para el sujeto, lo

que hará que intente evitarlas o escapar de ellas. El comportamiento se consolida y resulta mucho más maleable cuando se utilizan las técnicas operantes recurriendo al refuerzo positivo como potenciador o estabilizador de una conducta deseada. Si llevamos estos argumentos al plano de la percepción de riesgo los mensajes preventivos actuarían como una amenaza de castigo en el caso de abusar del alcohol (p.e., amenazar con la resaca) en el plano subjetivo y como un castigo en el plano real (p.e., tener resaca después de abusar del alcohol). Para canalizar el mensaje preventivo mediante el refuerzo positivo, habría que recurrir desde el plano subjetivo al bienestar físico, psicológico y social que tendría en el caso de no beber alcohol (p.e., ante un acontecimiento deportivo posterior, llegará en plenas condiciones físicas y psicológicas) y en el real se materializaría el refuerzo positivo en toda su extensión (p.e., llegar en plenas condiciones físicas y psicológicas al acontecimiento deportivo y triunfar, con el consiguiente beneficio social).

La historia personal o de vida, lo que podemos denominar experiencia vivida, también aporta unas expectativas, tanto al consumo de alcohol como a la abstinencia, en función de la trayectoria que un sujeto haya seguido en su trayectoria vital. Los primeros consumo de alcohol conllevan unas experiencias que podrán marcar las posteriores ingestas, siempre pivotando en las consecuencias, positivas y negativas, que el sujeto haya experimentado. No obstante, unas consecuencias negativas no implican necesariamente la renuncia a beber alcohol en ocasiones posteriores, dado que intervienen otros factores que pueden mantener el comportamiento de consumo. Por ejemplo, un joven puede abusar del alcohol durante un botellón donde conoce gente nueva, es muy reforzado socialmente por su «chispa» y su desparpajo, además de haber «disfrutado», según su percepción de una noche inolvidable. La consecuencia negativa es que acaba muy mareado, con vómitos, bronca con su familia y una resaca muy molesta al día siguiente. En la balanza podrán tener mayor repercusión los reforzadores positivos de beber alcohol que los negativos, lo que posibilita que en otra ocasión posterior vuelva a ingerir alcohol, ya que su expectativa es que podrá disfrutar nuevamente de todos los beneficios que obtuvo anteriormente, minorando al máximo los perjuicios o percibiéndolos como secundarios. En una situación como la descrita, la percepción de riesgo pasará a un segundo plano. El joven buscará nuevas estrategias para minimizar los factores negativos (mareos, vómitos, peleas con la familia, resaca, etc.) hasta encontrar un equilibrio que le permita «disfrutar» con el alcohol disminuyendo las consecuencias adversas.

Para la prevención del consumo de alcohol, también de tabaco y otras drogas, el concepto de percepción de riesgo seguirá siendo cen-

tral y habrá que investigar las diferentes teorías para intentar alcanzar un modelo lo suficientemente eficaz y eficiente, que mejore el comportamiento de consumo de los más jóvenes. Tenemos que ser plenamente conscientes de que si no se consigue potenciar suficientemente la percepción de riesgo hacia el consumo, la prevención se encontrará con un gran hándicap, en ocasiones insuperable, que nos llevará irremisiblemente al fracaso de la misma.

### 3.8. Referencias

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I. (2006). Theory of Planned Behavior [Electronic Version]. Retrieved 7 de marzo de 2011, from <http://people.umass.edu/aizen/tpb.html>
- Ajzen, I. (2008). Consumer attitudes and behavior. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr y F. R. Cardes (Eds.), *Handbook of Consumer Psychology* (pp. 525-548). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Almeida, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5 (3), 323-344.
- Alonso, E. y Pozo, C. (2002). La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 415-426.
- Concha, D., Bilbao, M.A., Gallardo, I., Páez, D. y Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud y Sociedad*, 3 (2), 115-129.
- De la Orden, M.V., Zimmermann, M. y Maqueda, J. (2002). Influencia de la formación en la percepción de las causas de los riesgos de accidente de trabajo. *Seguridad y Salud en el Trabajo*, 21, 4-9.
- Dillard, A.J., Midboe, A.M. y Klein, W.M.P. (2011). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Pers. Soc. Psychol.*, 35(11), 1540-1550.
- Dirección General de Tráfico (2012). *Estadísticas e indicadores*. Recuperado el 23 de octubre de 2012 de [http://www.dgt.es/portal/es/seguridad\\_vial/estadistica/accidentes\\_24horas/evolucion\\_n\\_victimas/](http://www.dgt.es/portal/es/seguridad_vial/estadistica/accidentes_24horas/evolucion_n_victimas/)
- Farré, J. (2005). Comunicación de riesgo y espirales del miedo. *Comunicación y Sociedad*, 3, 95-119.
- Fierro, I., Ochoa, R., Yáñez, J.L., Valderrama, J.C. y Álvarez, F.J. (2008). Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004. *Medicina Clínica*, 131(1), 10-13.

- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. In M. Fishbein (Ed.), *Reading in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: some applications and implications. In Page, M.M. (Ed.), *Belief, attitudes and values*. Lincoln, MA: University of Nebraska Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1972). Attitudes and options. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2009). *Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12(2), 133-151.
- García del Castillo, J.A., Gázquez, M., López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2012). Análisis del consumo de alcohol desde una perspectiva preventiva. En Pascual, F. y Guardia, J. (coords.). Monografía sobre el alcoholismo (333-380). Madrid: Socidrogalcohol.
- García del Castillo-López, A. (2011). *Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional*. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche (inédito).
- Gil, J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gold, R.S. (2008). Unrealistic optimism and event threat. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (2), 193-201.
- Harris, D.M. y Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *J. Health Soc. Behav.* 20, 17-29.
- Harris, P. (1996). Sufficient grounds for optimism? The relationship between perceived controllability and optimistic bias. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 9-52.
- Harris, P. and Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369-386.
- Hochbaum, G.M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14 (1), 175-193.
- Katz, D. y Stottland, E.A. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. En Kotch, S. (ed.). *Psychology A Study Of A Science*, Volumen 3, 423-475.
- Kirscht, J.P., Haefner, D.P., Kegeles, S.S. y Rosenstock, I.M. (1966). A national study of health beliefs. *J. Health Hum. Behav.* 7, 248-254.
- Leon, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I.M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

- Leventhal, H. (1970). Findings and Theory in the Study of Fear Communications. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (119-186). California: Academic Press.
- Leventhal, H. (1971). Fear appeals and persuasion: The differentiation of a motivational construct. *American Journal of Public Health*, 61, 1208-1224.
- McGee, H.M. y Cairns, J. (2009). Unrealistic optimism: a behavioural sciences classroom demonstration Project. *Medical Education*, 28 (6), 513-516.
- Medina, S. y León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Newcomb, T. (1959). Individual system of orientation. En S. Koch (ed.). *Psychology A Study Of A Science*, Volumen 3, 384-422.
- Ordoñana, J.R. y Gómez, J. (2002). Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consumo de alcohol: de la teoría a la práctica. *Adicciones*, 14 (4), 479-485.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Patton, G.C., Tollit, M.M., Romaniuk, H., Spence, S.H., Sheffield, J. y Sawyer, M.G. (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent health risks. *Pediatrics* 127(2), 308 -316. (doi: 10.1542/peds.2010-0748).
- Portell, M., Riba, M.D. y Bayés, R. (1997). La definición de riesgo: implicaciones para su reducción. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(1), 3-27.
- Prentice-Dunn, S. y Rogers, R.W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161.
- Rodríguez, A. y Bentancor, V. (2007). La cognición social. En J.F. Morales, M.C. Moya, E. Gaviria y I. Cuadrado (coor.). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91 (1), 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo y R.E. Petty (eds.). *Social Psychology: a source book* (153-156). Nueva York: Guildford Press.
- Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56 (1), 179-182.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates. *Health Educ. Monogr.* 2, 336-353.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.

## Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.
- Sherif, M. y Sherif, C. (1967). The own categories procedure in attitude research. En M. Sherif y C. Sherif (ed.). *Attitude, ego involvement and change*. N.Y.: Wiley.
- Torregrosa, J.R. y Crespo, E. (1984). *Estudios básicos de psicología social*. Barcelona: Hora.
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A. y Ordoñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5 (2), 337-347.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820. doi: 10.1037/a0020997.
- Weinstein, N.D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 441-460.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Witte, K. (1992<sup>a</sup>). Message and conceptual confounds in fear appeals: the role of threat, fear, and efficacy. *The Southern Communication Journal*, 58, 147-155.
- Witte, K. (1992<sup>b</sup>). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.
- Witte, K. (1998). Fear as motivator fear as inhibitor: Using the Extended Parallel Process Model to explain fear appeal successes and failures. In P. Andersen and L. Guerrero (eds.). *Handbook of Communication & Emotion*. (423-450). California: Academic Press.
- Witte, K. and Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27 (5), 591-615.