

# **Adecuación y propuestas de mejora del contenido sobre creencias incluido en los programas de prevención universal.**

## **Adaptation and proposals for improving the content of beliefs included on universal prevention programs.**

Motos Sellés, P.: Cortés Tomás, M.T. y Giménez Costa, J.A.

*Dpto. de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València*

---

Enviar correspondencia a:

Patricia Motos Sellés,  
Facultad de Psicología, Universitat de València  
Av. Blasco Ibáñez, 21. 46010-València  
Tel. 96 398 35 35. Fax: 96 386 48 22  
E-mail: [patricia.motos@uv.es](mailto:patricia.motos@uv.es)

## **RESUMEN**

Este estudio muestra cómo ajustar el trabajo sobre creencias en una intervención preventiva con un colectivo de 330 jóvenes (12-18 años), partiendo de una identificación de las principales creencias que mantienen los jóvenes en la actualidad, a partir de recursos electrónicos y programas de prevención.

Se aprecian diferencias significativas en las creencias en función de la edad y el nivel de consumo, siendo las referidas al alcohol las más distorsionadas.

De ellas, algunas no se incluyen en los programas revisados y otras no lo hacen en todos. Las creencias identificadas sería adecuado trabajarlas desde el inicio de la secundaria, manteniendo algunas de ellas durante todo este ciclo (e.g. el alcohol no es una droga o combinar emborracha más) y disminuyendo la importancia de otras (e.g. el alcohol anima o el café quita la borrachera).

Las creencias sobre cannabis no se incluyen en los programas de prevención revisados, pese a aparecer alteradas en los primeros cursos de la ESO.

Al atender al nivel de consumo es el grupo de bebedores y el de policonsumidores los que muestran mayor grado de distorsión en todas las creencias, excepto en el caso del cannabis en el que destacan claramente estos últimos.

Palabras clave: creencias, adolescentes, alcohol, cannabis, prevención

## **ABSTRACT**

The study shows how to adapt beliefs work in prevention measures with a group of 330 youngs (12-18 years), starting on an identification of the core beliefs that young people keeps today, from electronic resources and programs prevention.

Significant differences in beliefs appear on age and level of consumption, and that referred to alcohol are the most distorted.

Of these, some are not included in the programs reviewed and others do not at all. The beliefs identified may work from the beginning of the secondary school, sustaining some of them during this cycle (eg alcohol isn't drug or mix different type of dinks make easiest drunkenness) and decreasing the importance of others (eg alcohol liven up or coffee removed drunkenness).

Cannabis beliefs are not included in reviewed prevention programs, although they were altered in the early years of secondary.

Referring to level of consumption drinkers and polydrugs users show a greater degree of distortion in all beliefs, except in the case of cannabis ones which clearly highlights on the seconds.

Keywords: beliefs, adolescents, alcohol, cannabis, prevention

## INTRODUCCIÓN

Las principales encuestas epidemiológicas españolas (EDADES y ESTUDES), muestran desde hace unos años que las sustancias más consumidas y en las que se inician más pronto los jóvenes son las dos de comercio legal -tabaco y alcohol- y en tercer lugar el cánnabis. De ellas, la que muestra un inicio más temprano es el tabaco (13,3 años), seguida por el alcohol (13,7 años), y finalmente el cánnabis (14,6 años) (OED, 2009).

Si se atiende a su prevalencia entre los jóvenes de 14 a 18 años, los datos indican un ligero descenso en el consumo esporádico de tabaco (alrededor de un 45% de jóvenes) y de cánnabis (cerca de un 35% de jóvenes). Sin embargo, el consumo durante el último mes de ambas sustancias se ha estabilizado -14,8% de adolescentes consumidores de tabaco y 20,1% de cánnabis- (ESTUDES, 2006, 2008).

En el caso del alcohol los datos indican un cambio de tendencia en los patrones de consumo. El descenso en dos puntos del porcentaje de consumidores durante los últimos 12 meses (de un 74,9% en 2006 a un 72,9% en 2008), no se ve reflejado en el porcentaje de jóvenes que afirman haber ingerido bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días, el cual se mantiene alrededor del 58%. De estos jóvenes, el 99,8% informan consumir en fin de semana, apreciándose además un incremento en la frecuencia de borracheras que dicen haber experimentado, la cual ha pasado del 44,1 % en 2006, al 49,6 % en 2008. Estos resultados permiten afirmar que a pesar de mantenerse estable el número de jóvenes consumidores, estos realizan actualmente ingestas de mayor cantidad de alcohol en un menor número de horas (consumos concentrados).

Este mismo patrón se ha observado en diversos estudios europeos, motivo por el cual se alude a la existencia de un consumo juvenil homogéneo en toda Europa vinculado mayoritariamente a factores sociales y con fines psicotrópicos (Anderson y Baumberg, 2008; Comisión Clínica PNSD, 2007; Comisión Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, 2007).

En líneas generales, este patrón de consumo generalizado presenta un inicio a edades cada vez más tempranas (los más jóvenes se inician alrededor de los 12,5 años), caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alcohol (la cantidad media ingerida en una ocasión suele superar los 60 gramos de alcohol), realizada mayoritariamente durante los fines de semana y en cortos períodos de tiempo (de 2 a 4 horas), con el objetivo de llegar a la embriaguez lo más rápidamente posible. Además suele combinarse en una alta proporción de casos el consumo de alcohol con el de otras sustancias, especialmente cánnabis (Cadaveira, 2010; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2010).

Sin embargo, pese a la generalización de este nuevo patrón de consumo juvenil, no existe a día de hoy una única denominación para referirse al mismo, utilizándose diferentes términos: *binge drinking*, consumo en atracón, consumo concentrado, consumo intensivo de alcohol... (Anderson, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2010; Farke y Anderson, 2007).

Esta nueva forma de consumir alcohol lleva asociada la aparición de problemas biopsicosociales a corto, medio y largo plazo. Por un lado, se aprecia repetidamente la relación entre la frecuencia con la que se realiza consumo intensivo de alcohol o *binge drinking* y la prevalencia de actividades de riesgo -e.g. dejar de lado responsabilidades, participar en peleas o discusiones, faltar a la escuela, conducir después de haber bebido,

realizar conductas sexuales de riesgo...(Miller et al., 2007); lagunas de memoria (Anderson y Baumberg, 2006; Weshler, Davenport, Dowdall, Mowykens y Castillo, 1994); mayor dificultad para pensar con claridad (O'Malley, Johnston y Bachman, 1998) o para realizar correctamente tareas académicas (Brown y D'Amico, 2000; Navarrete, 2004).

Además, ya se dispone de diversa investigación en adolescentes que evidencia los cambios tanto funcionales como estructurales que genera el consumo de alcohol en elevadas cantidades sobre cerebros que todavía se encuentran en período de maduración (Cadaveira et al., 2010; Crego et al., 2010; Guerri, 2008). Es notoria su influencia en el área pre-frontal encargada de las funciones ejecutivas, la atención, planificación, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones y autocontrol, así como sobre el hipocampo encargado de la memoria y el aprendizaje. Ambas zonas son de las últimas en madurar y por tanto más vulnerables a sufrir cambios con el abuso de alcohol que se produce a partir de los 12-13 años, pudiendo incluso llegar a experimentar modificaciones irreversibles (Guerri, 2008; Tapert y Brown, 1999).

Todos estos resultados derivados de la investigación justifican la importancia de las actuaciones preventivas que se realizan en nuestro país dirigidas a reducir la incidencia del consumo en población adolescente. Las medidas preventivas utilizadas en estos momentos trabajan diferentes aspectos que modulan la conducta de consumo, entre ellos las creencias que son claves, tanto en calidad de *factor de riesgo en el inicio* de cualquier consumo, como en calidad de *factor de mantenimiento* de un consumo ya iniciado en el que prime pensar que puede llevar asociado el logro de ciertas metas, a pesar de tratarse de una creencia errónea (Flores, Melero y Soto, 2003). En líneas generales, las creencias son consideradas uno de los factores de *carácter afectivo*

imprescindible en el trabajo de los programas de prevención universal escolar (Espada, Rosa y Méndez, 2003; Gázquez, García y Espada, 2009). La investigación concluye (Hawthorne, 2001; Newcomb y Earleywine, 1996; Sierra, Pérez, Pérez y Núñez, 2005) que a la base de cualquier consumo suelen aparecer con mayor frecuencia creencias irracionales, las cuales suelen acentuarse conforme se incrementa el consumo. Por este motivo, se esperan mayores distorsiones entre los consumidores más extremos.

Pero no puede obviarse el cambio que se ha experimentado en el modo de inicio y de consumo de alcohol por parte de los jóvenes. Esto ha generado la necesidad de adaptar los contenidos de los programas preventivos y dentro de ellos ajustar las creencias a esta nueva realidad.

Por ello, en el presente trabajo se parte de la revisión de las creencias trabajadas en los tres programas de prevención universal más utilizados en la Comunidad Valenciana: *Barbacana*, *Órdago* y *Prevenir para vivir* (tabla 1). A estas se han sumado otras recogidas de las diferentes bases de datos y revistas electrónicas sobre adicciones, con el fin de disponer del mayor número posible de creencias que se manejan en la actualidad. Los resultados derivados del análisis sobre el nivel de distorsión asociado a estas creencias en función de la edad y del patrón de consumo de alcohol realizado por los jóvenes, permitirá proponer mejoras para poder ajustar las actuaciones preventivas existentes.

---INSERTAR TABLA 1---

## **MÉTODO**

### **Instrumento de medida**

En primer lugar se revisaron diferentes estudios sobre el consumo de sustancias entre la población adolescente (Becoña y Mínguez, 2006; Pascual, 2002; Sánchez, 2005), el *binge drinking* (Anderson y Baumberg, 2006; Calafat, 2007; Cadaveira, 2009; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2010) así como el contenido de los programas preventivos escolares de carácter universal más utilizados en la Comunidad Valenciana (Flores, Melero y Soto, 2004; García y López, 2001; Gázquez, García y Espada, 2009). A partir de la revisión se elaboró un instrumento de evaluación que diese cuenta del patrón de consumo realizado por el joven, su nivel de formación en temas de drogas y finalmente su nivel de acuerdo con diferentes afirmaciones que recogían el conjunto de creencias recopiladas.

La búsqueda de información sobre creencias relacionadas con las sustancias adictivas se realizó en bases de datos específicas sobre adicciones (CendocBogani y PNSD), así como en la base de datos PsycArticles donde se indexan trabajos de corte psicológico. También se efectuaron búsquedas electrónicas en diferentes revistas científicas (Adicciones, Trastornos Adictivos, Salud y Drogas, Psicothema...) y se recurrió a la revisión manual, tanto de los programas de prevención universal utilizados en la Comunidad Valenciana, como de las referencias bibliográficas de los diferentes trabajos consultados. Una vez recopilada y revisada toda la información se elaboraron listados exhaustivos de creencias que posteriormente fueron agrupadas en función de la sustancia a la que se referían. Este listado fue administrado a una muestra reducida de alumnos de primero de Psicología de la Universitat de València (n=63) con el objetivo



de probar su nivel de comprensión. De esta manera se llegó a la elaboración definitiva del instrumento utilizado en este estudio.

### **Variables**

Inicialmente se les pedía que indicaran si consumían o no diferentes sustancias (alcohol, tabaco, cannabis u “otras”, en cuyo caso especificaban cuáles) a partir de tres alternativas de respuesta: *no la consumo, la he probado alguna vez y la consumo actualmente*. En aquellos casos en los que se consumía la sustancia se les preguntaba por la edad de inicio y por la frecuencia de consumo durante los últimos seis meses, utilizando en este caso una escala de respuesta Likert con 5 puntos: *1-Nunca, 2-Uno o dos fines de semana, 3-Tres o cuatro fines de semana, 4-Varios días a la semana y 5-Todos los días*.

El consumo de tabaco y cánnabis se registró por números de cigarrillos y porros; mientras que en el caso del alcohol especificaban el número de vasos consumidos y el tipo de bebida. Posteriormente, se generó una nueva variable con los gramos de alcohol consumidos por cada sujeto entrevistado.

Finalmente, se midió su grado de acuerdo con 31 afirmaciones que aglutinaban las diferentes creencias identificadas. En este caso la escala de respuesta utilizada fue un continuo de 1 a 10 (desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”).

El contenido de las creencias versaba sobre la funcionalidad de la sustancia (e.g., el alcohol te hace entrar en calor; te ayuda a tener relaciones sexuales más satisfactorias; te anima cuando estas de bajón; mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido); la actitud de “rebeldía” frente a lo impuesto (e.g., los jóvenes consumen cánnabis porque es ilegal); el conocimiento del metabolismo de la sustancia (e.g., los efectos de dos cubatas duran más o menos una hora; el lunes es

imposible detectar el consumo de porros del fin de semana); el grado de peligrosidad que se le otorga a la sustancia (e.g., el alcohol no es una droga; fumar cánnabis es menos perjudicial que fumar tabaco; no hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido; el cánnabis es inofensivo porque proviene de una planta natural); el grado de control subjetivo (e.g., se necesita beber mucho alcohol para llegar a afectar al organismo; hay gente que sabe beber y no se emborracha por mucho que beba) y las estrategias para reducir los efectos tóxicos de la sustancia (e.g., el café ayuda a quitarte la borrachera).

### **Procedimiento**

La administración del cuestionario se realizó durante el curso académico 2009 en un IES de la provincia de Alicante en el que en su Programación General Anual no contempla medidas preventivas en drogodependencias. Una vez se dispuso del consentimiento del Jefe de Estudios se realizaron los pases a todos los alumnos de cada nivel (desde 1º de la ESO hasta 2º de Bachillerato). Concretamente se llevaron a cabo en las clases de tutorías, dentro del horario lectivo, estando presente uno de los investigadores. La participación fue voluntaria y anónima, aunque hay que advertir que ninguno de los jóvenes se negó a participar.

### **Muestra**

Se entrevistaron 330 jóvenes entre 12 y 18 años, 169 varones (51,2%) y 161 mujeres (48,8%). Un 10% de 12 años, un 17,3% de 13 años, un 18,5% de 14 años, un 14,3% de 15 años, un 19,5% de 16 años, un 14% de 17 años y un 6,4% de 18 años.

### **Análisis de datos**

Se realizaron tablas de frecuencias y estadísticos descriptivos para obtener información sobre las sustancias que consumen, la frecuencia con la que lo hacen en los últimos 6 meses y en una semana habitual y la edad en la que empezaron a consumirlas. Posteriormente, para comprobar cuáles eran las creencias con las que estos adolescentes mostraban un mayor acuerdo; se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA), considerando como variable independiente la edad de los adolescentes y como variable dependiente cada una de las creencias evaluadas. En los casos en que el resultado fue significativo, se realizaron pruebas a posteriori (Tukey) que mostrasen dónde se encontraban las diferencias.

Para evaluar posibles diferencias en función del consumo realizado por estos jóvenes, se generó una nueva variable “Tipo de Consumidor” con tres niveles: *1-No consumidor*, *2-Consumidor de alcohol* y *3-Policonsumidor* (combina alcohol con el consumo de tabaco, cannabis o ambos). Seguidamente, se realizó un ANOVA tomando como variable independiente el tipo de consumidor y como variable dependiente las creencias. Al igual que en el caso anterior, en aquellos casos en los que se obtuvieron diferencias significativas se realizaron pruebas a posteriori (Tukey).

### **RESULTADOS**

Seguidamente se muestran los principales resultados obtenidos diferenciados en tres apartados:

#### **Patrón de consumo**

El alcohol es la sustancia más consumida entre los jóvenes entrevistados (58,5%; n=194), seguida por el tabaco (24,5%; n=81) y el cánnabis (20%; n=66).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco coincide situándose en ambos casos en 12,8 años. Aproximadamente un año más tarde (Md= 14,03 años) se inician en el cánnabis.

El consumo de alcohol, tabaco y cannabís se distribuye de manera similar a lo largo de los últimos 6 meses. Además, suele tratarse de un consumo de fin de semana (tabla 2), no observándose cambios significativos en función del género. Destaca de manera notoria el sábado como día de mayor consumo de las tres sustancias.

### **--INSERTAR TABLA 2--**

#### *Creencias en función de la edad*

En la tabla 3 se incluyen las creencias en las que los jóvenes difieren en función de su edad. En ella se diferencian dos partes. En la mitad superior se recogen las creencias que se trabajan actualmente en los programas de prevención de la Comunidad Valenciana, y en la mitad inferior aquellas que no son contempladas.

### **---INSERTAR TABLA 3---**

Al revisar las creencias trabajadas en los programas de prevención, se observa cómo los jóvenes de mayor edad (16 y 17 años), en comparación con los de 13 años ( $p < 0,020$ ), opinan en mayor grado que beber ayuda a tener una mejor relación con los iguales, al facilitar la comunicación y la extroversión.

Asimismo, al considerar las consecuencias que pueden derivarse de la combinación de diferentes tipos de bebida, los adolescentes de 17 años creen en mayor medida que los grupos de 12 y 13 años, que esto facilita llegar más fácilmente a la embriaguez ( $p < 0,026$ ).

En cambio, los adolescentes de menor edad (13 años), en comparación con los mayores de 16 y 17 años ( $p < 0,016$ ), aceptan en mayor medida que el consumo de alcohol va a permitirles mejorar su estado de ánimo.

Además, son también estos jóvenes de 13 años, en comparación con los grupos de mayor edad (16 a 18 años), los que manifiestan con mayor intensidad que no hay peligro en conducir si se ha bebido por debajo del límite legal permitido ( $p < 0,034$ ).

También es este colectivo de 13 años, junto al de 12 años, el que considera en mayor grado que puede quitarse la borrachera recurriendo al consumo de café ( $p < 0,017$ ), por encima de grupos mayores que ellos (15 a 18 años).

Una de las creencias más distorsionada conforme se incrementa la edad es el poco reconocimiento que se tiene del alcohol como una droga. Esta tendencia es más notoria a partir de los 14 años ( $p < 0,010$ ).

Entre las creencias no incluidas en estos momentos en las actuaciones preventivas, se observan diferencias en aspectos relacionados con la duración de los efectos derivados del consumo. Concretamente, el colectivo de 12 años cree con mayor firmeza, en comparación con los grupos de 14 y 16 años ( $p < 0,048$ ), que el consumo de dos “*cubatas*” desaparece pasada una hora.

Otra de las creencias que muestran diferencias entre el colectivo de jóvenes (14 años) frente al de mayores (17 años) es pensar que las personas que consumen elevadas cantidades de alcohol sin parecer intoxicadas es porque han aprendido a beber ( $p < 0,035$ ).

Respecto a creencias asociadas al consumo de cannabis, señalar que los colectivos de 12, 13 y 15 años creen con mayor firmeza que es imposible detectar el consumo de esta

sustancia pasadas 24 horas desde la última ingesta ( $p<0,005$ ), en relación con los adolescentes de 17 años.

#### Creencias en función del consumo

En la tabla 4 se recogen las creencias más relevantes organizadas en función del tipo de consumo que realizan los jóvenes. Al igual que en la tabla anterior en la parte superior se recogen aquellas creencias trabajadas en los programas revisados y en la parte inferior las que no se contemplan en los mismos.

#### **--INSERTAR TABLA 4 --**

En primer lugar destacar dos creencias en las que todos los consumidores muestran una distorsión independientemente del tipo de consumo que realizan. Una se refiere a la sensación subjetiva de aumento de temperatura corporal tras el consumo de alcohol y la otra a la facilidad de abandonar el hábito de fumar.

Respecto a las creencias que sí muestran diferencias en función del consumo y que se trabajan en los programas de prevención, los dos colectivos de consumidores, creen con mayor intensidad ( $p<0,001$ ) que beber alcohol les puede facilitar las relaciones sociales con iguales. Además, opinan con mayor firmeza que combinar diferentes tipos de bebida facilita llegar a la borrachera ( $p<0,008$ ) y que el alcohol no puede catalogarse como una droga ( $p<0,002$ ). En cambio, el colectivo de no consumidores cree que no hay peligro en coger el coche mientras no se supere el límite legal permitido en contra de la opinión de los consumidores de alcohol ( $p<0,001$ ).

Al revisar las creencias sobre tabaco es el colectivo que realiza este tipo de consumo (policonsumidores) el que opina en mayor grado que los otros dos colectivos que fumar ayuda a relajarse ( $p<0,000$ ).

Entre las creencias no tratadas en los programas preventivos, los policonsumidores, opinan que fumar cánnabis es menos perjudicial que fumar tabaco ( $p < 0,000$ ) y que tiene efectos terapéuticos por lo que es bueno fumarse algún porro de vez en cuando ( $p < 0,000$ ).

## DISCUSIÓN

En general, la muestra analizada presenta un patrón de consumo generalizado de fin de semana, que se distribuye de manera uniforme a lo largo de los meses, habiéndose iniciado en edades similares a las del resto de jóvenes europeos.

Un aspecto sobre el que es importante incidir es el relacionado con la realidad presente en la aplicación de medidas preventivas en centros educativos. Es frecuente encontrar instituciones, como la evaluada en este trabajo, en las que no se planifica ninguna intervención y otras en las que las actuaciones son de carácter puntual, limitado y sin continuidad temporal garantizada (Bühler y Kröger, 2006; Gázquez, García y Espada, 2009; McGrath et al., 2006).

Respecto a la evaluación de las diferentes creencias, destacar que las creencias en las que se alcanza una mayor distorsión se refieren a la sustancia más consumida por los jóvenes que es el alcohol. Concretamente, en todos los niveles de edad se requiere trabajar las creencias relacionadas con: “el alcohol no es una droga”, “combinar diferentes tipos de bebida emborracha más” y “el alcohol mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido”. En todos los casos el grado de acuerdo entre los adolescentes es elevado, observándose un aumento progresivo del nivel de distorsión a medida que avanza la edad.

Al revisar los programas de prevención, tan sólo la última de estas creencias se trabaja en el momento adecuado en los dos programas que la contemplan (Prevenir para Vivir y Barbacana). Las otras dos creencias, a pesar de ser las más distorsionadas, se trabajan en momentos inadecuados. Ambas se introducen en el segundo ciclo de secundaria (3º y 4º de la ESO), cuando lo adecuado sería introducirlas dos cursos antes. Además, dada la relevancia de estas creencias, sería importante que todos los programas las incluyesen, mejorándose de esta manera la situación actual.

Las creencias a trabajar en los primeros cursos de la ESO, al ser en este momento donde muestran una mayor distorsión son: “El alcohol anima cuando estas de bajón”, “No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido” y “El café ayuda a quitarte la borrachera”. Al igual que en el caso anterior se necesita una revisión del momento en el que se trabajan estas creencias en todos los programas evaluados. El Órdago es el único programa que contempla las tres creencias en segundo de la ESO, aunque sería importante que también las introdujese en el curso previo. Los otros dos programas sólo contemplan una de las tres creencias.

El Prevenir para Vivir únicamente recoge la creencia “No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido” en segundo de la ESO, motivo por el cual la recomendación anterior sirve para este mismo caso.

Por otra parte, el Barbacana únicamente recoge la creencia “el alcohol anima cuando estas de bajón”, incluyéndola a lo largo de toda la ESO. En este caso la trayectoria descendente de la distorsión recomienda trabajar otras creencias más relevantes en los últimos cursos de la ESO.

Entre las creencias no recogidas en los programas de prevención revisados que sería interesante introducir destaca “los efectos de dos cubatas duran más o menos 1 hora”.



Esta creencia debido a su notoriedad en jóvenes de 12 años sería recomendable incluirla en el último curso de primaria. Además, atendiendo a su trayectoria en la que se observa una presencia estable a lo largo del tiempo, sería importante mantenerla a lo largo de todos los niveles, aunque con menor intensidad que la otorgada a creencias más distorsionadas.

Algo similar ocurre con la creencia “Hay gente que sabe beber y no se emborracha por mucho que beba” con la única peculiaridad que su mayor peso se da a los 14 años, lo que permite poder trabajarla en primer curso de secundaria. Si bien, dada su trayectoria debería, al igual que en el caso anterior, incidirse en ella a modo de recordatorio a lo largo de todos los niveles.

Además, sería recomendable trabajar creencias relacionadas con el consumo de cannabis a partir del último curso de primaria, al apreciarse que existe un mayor grado de distorsión en aspectos relativos a la duración y efectos del cannabis en adolescentes de secundaria. Es importante darle entrada a las creencias del consumo de esta sustancia si se tiene en cuenta que es la tercera más consumida por los adolescentes y que a pesar de ello no se incluye de manera formal en los contenidos de los programas de prevención manejados.

Si se atiende a las diferencias en las creencias en función del consumo realizado, en general se observa mayor distorsión entre los consumidores, lo que indica la importancia de incidir con mayor intensidad sobre estos colectivos. Sin embargo, algunas de las creencias aunque se encuentran más distorsionadas entre los consumidores, también reflejan cierto grado de distorsión entre los no consumidores, por lo que sería interesante incidir sobre todos los colectivos. Concretamente, es importante matizar las consecuencias socializadoras derivadas del consumo de alcohol,

insistiendo en cómo el alcohol influye en las relaciones sociales presentando la diferenciación entre pequeñas cantidades de alcohol (efecto euforizante) y grandes cantidades (efecto depresor) junto con la importancia del tiempo consumido, regularidad, peso, disponibilidad.... De igual forma, atender a cuestiones relacionadas con los efectos esperados tras la combinación de diferentes tipos de bebida. En este caso sería interesante remarcar la velocidad de absorción del alcohol y los factores que influyen sobre la misma, así como el proceso de metabolización.

Además, tener en cuenta el grado de atribución errónea que se tiene del alcohol, insistiendo en el concepto científico de lo que significa este término y porqué se le considera una droga igual que las demás (tabaco, cocaína o heroína).

Una creencia que muestra un nivel similar e importante de distorsión en los tres grupos evaluados es la referida a la sensación de aumento de temperatura corporal tras el consumo de alcohol ("*Te hace entrar en calor*"). En este caso es importante hacer hincapié en los tres colectivos en que el alcohol provoca el efecto contrario, ya que produce una vasodilatación periférica. Por lo que llega más sangre a la piel, calentándola y provocando una sensación subjetiva de calor, al tiempo que se acelera la pérdida de calor del organismo.

Por otra parte, destacar la mayor distorsión existente en las creencias relacionadas con el consumo de tabaco y cánnabis entre el colectivo de policonsumidores. Es precisamente este colectivo en el que tendrá que trabajarse con mayor profundidad cuestiones que hacen referencia a los efectos terapéuticos e inoivos del cánnabis, aportando información sobre la procedencia de la planta, la composición de la sustancia, los efectos físicos y psicológicos en el organismo, qué tipo de efectos terapéuticos se le atribuye y sobre qué población y edades concretas. También es importante reforzar

entre los policonsumidores, aunque su nivel de distorsión es similar al de los otros dos colectivos, la dificultad de dejar el tabaco cuando uno quiere. En este caso sería idóneo insistir en el fuerte poder adictivo que provoca esta sustancia por la rapidez en que afecta al cerebro, causando rápidamente una pérdida de control en el sujeto y como consecuencia un aumento progresivo de su consumo.

Los resultados obtenidos en este trabajo permiten detectar las necesidades de intervención sobre el colectivo de estudiantes evaluados en creencias distorsionadas, al tiempo que sugieren la importancia de variar el momento temporal (curso académico) en el que se trabajan algunas de estas creencias en los programas de prevención e incluso introducir algunas no contempladas en estos momentos. Todo ello permitirá fortalecer y ajustar la intervención sobre creencias en las edades en las que se detecta un mayor nivel de riesgo. Además es importante insistir en los aspectos a trabajar con mayor intensidad entre los consumidores debido a que constituyen un colectivo de mayor riesgo de permanecer y progresar a lo largo del proceso adictivo.

Sería adecuado ampliar este estudio a otros colectivos de estudiantes de manera que se pudiese justificar con mayor potencia estadística la necesidad de introducir los cambios en los programas de prevención universal evaluados. Por el momento, tan sólo permite ejemplificar cómo realizar un análisis de creencias distorsionadas para poder adaptar el contenido a tratar en un colectivo determinado y ofrecer unos primeros resultados que marcan la necesidad de adaptar los contenidos de los programas en los contenidos que trabajan.

## REFERENCIAS

Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.

- Arнау Sabatén, L., Filella Guiu, G., Jariot García, M. y Montané Capdevila, M. (2011). Evaluación de un programa de cambio de actitudes con preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. *Adicciones*, 23, 257-265.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31, 46-56.
- Brown, S.A. y D'Amico, E.J. (2000). Facilitating adolescent self-change for alcohol problems: A multiple brief intervention approach. Presentado en *108<sup>th</sup> Annual Convention on the American Psychological Association*. Washington.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21, 9-14.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19, 217-223.
- Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Adicciones*, 17, 299-317.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19, 125-131.
- Cortés, M.T. (2006). Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia dónde vamos? Comunicación presentada en el *20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD)*. Valencia.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19, 357-372.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396-402.

- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A., Mestre, M.V., y Samper, P. (2007). ¿Se corresponden las alternativas con las necesidades reales? Presentado en XXXIV *Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Valencia.
- Crego, A., Rodríguez, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M. y Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug and Alcohol Dependence* 109, 45-56.
- De la Villa, M., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2005). Motivaciones de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias intergénero y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17, 105-120.
- De la Villa, M., Rodríguez, F.J., Ovejero, A. y Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21, 207-220.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Informe sobre el alcohol en España*. Madrid: DGPNSD.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2008)*. Madrid: DGPNSD.
- Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.
- Espada, J.P., Méndez, F.X. y Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12, 57-64.
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3, 61-81.

- Farke, W. y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, 19, 333-340.
- Fernández, J., Álvarez, E., Secades, R., Jiménez, J.M., Cañada, A., Donate, I., Fernández, J. R. y Vallejo, G. (2008). Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del principado de Asturias. *Adicciones*, 15, 31-37.
- Flores, R., Melero, J.C. y Soto, M. (2004). *Órdago, afrontar el desafío de las drogas*. Bilbao: EDEX.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2004). *Prevenir para Vivir*. Madrid: FAD.
- García, J.A. y López, C., (2001). *Barbacana. Guía Técnica*. Valencia: Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana.
- Gázquez, M., García, J.A. y Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9, 185-208.
- Hawthorne, G. (2001). Drug education: myth and reality. *Drug and Alcohol*, 20, 111-119.
- Infante, C. y Rubio, J.M. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16, 59-72.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A, Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28.
- Mendieta, S. y Pascual, C. (2002). Sobre el alcohol, los jóvenes y la corresponsabilidad. *Salud y Drogas*, 2, 105- 234.
- Miller, J.W., Naim, T.S., Brewer, R.D. y Everett, S. (2007). Binge Drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119, 76-85.

- Moreno, J.A., Moreno, R. y Cervello, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*, 21, 147-157.
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J.M. y Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en jóvenes. *Salud y drogas*, 5, 67-80.
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Newcomb, M. y Earleywine, M. (1996). Intrapersonal contributors to drug use. *American Behavioral Scientist*, 39, 823-837.
- Observatorio Español sobre Drogas (2009). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 1994-2008. En OED: *Informe 2009*, Madrid: DGPNSD. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- O'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Bachman, J.G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol, Health and Research World*, 22, 85-93.
- Pascual, F. (2002a). Imagen social de las bebidas alcohólicas. *Adicciones*, 14, supl.1, 115-122.
- Pascual, F. (2002b). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14, supl.1, 123-131.
- Rial, A., Torrado, N. y Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Salud y drogas*, 8, 173-188.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., García, J.M. y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan los adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19, 153-168.

- Sánchez, L. (2004). *Los jóvenes y las drogas de síntesis (guía para la prevención del consumo del consumo de riesgo)*. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia en las Drogodependencias. Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga.
- Sánchez, L. (2005). *El cánnabis y los jóvenes, ¿te lo sabes todo?* Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia en las Drogodependencias. Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga.
- Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones, 17*, 349-360.
- Tapert. S.F. y Brown S.A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four-year outcomes. *Journal of the International Neutopsychological Society, 5*, 481-493.
- Tovar, R. (1998). *La problemática de las drogas (mitos y realidades)*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.



Tabla 1. Recopilación de creencias trabajadas al menos en 2 de los programas preventivos utilizados en la Comunidad Valenciana.

	Barbacana				Órdago				Prevenir para Vivir			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Drogas legales menos peligrosas	X	X			X						X	
Consumir sólo los fines de semana, significa que controlas					X		X					X
<b>ALCOHOL</b>												
Ayuda a olvidar problemas	X	X	X	X		X						X
En pequeña cantidad previene problemas cardíacos			X	X		X						
Mejora la capacidad sexual y facilita las relaciones sexuales			X	X		X	X					
Ayuda a entrar en calor	X	X	X	X		X						X
Es un estimulante, te alegra y da marcha	X	X	X	X		X				X		
Ayuda a relacionarse y a ser más comunicativo y extrovertido	X	X	X	X						X	X	X
Alimenta y abre el apetito	X	X	X	X								X
No es tan peligroso como dicen			X	X			X				X	X
Tomar unas pocas cervezas no impide conducir						X	X			X		
Combinar diferentes tipos de bebida potencia los efectos			X	X							X	
<b>TABACO</b>												
El tabaco no daña tanto como dicen	X	X	X	X	X	X		X	X		X	

Tabla 2. Distribución semanal del consumo.

	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>Alcohol</b> <i>gramos</i> ( <i>n</i> )	22 (5)	13,33 (6)	15,00 (6)	14,29 (7)	37,94 [V:33,51;M:43,23] (68)	<b>76,95</b> [V:75,32;M:78,75] (151)	20,00 (18)
<b>Tabaco</b> <i>n° cig.</i> ( <i>n</i> )	5,22 (54)	5,38 (52)	5,31 (54)	5,42 (52)	6,83 [V:6,09;M:7,63] (63)	<b>8,12</b> [V:6,86; M:9,31] (76)	6,31 (48)
<b>Cannabis</b> <i>n° porr</i> ( <i>n</i> )	2,32 (19)	2,31 (16)	2,43 (14)	2,31 (16)	2,49 [V:2,89; M:2,06] (37)	<b>3,45</b> [V:3,57; M:3,24] (58)	3,19 (26)

Tabla 3. Creencias en las que existen diferentes niveles de acuerdo entre los jóvenes entrevistados en función de la edad.

	12	13	14	15	16	17	18	F	Sig. (1)
El alcohol mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido	4,48	4,32	5,08	5,85	6,19	6,46	6,62	3,861	0,001
El alcohol anima cuando estas de bajón	5,36	6,28	5,46	5,11	4,33	3,76	4,76	3,421	0,003
Mezclar diferentes tipos de bebida emborracha más	6,39	6,68	6,93	7,83	7,97	8,54	7,48	3,173	0,005
No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido	6,36	6,98	5,43	5,47	5,14	4,30	4,38	3,922	0,001
El alcohol no es una droga	5,67	6,33	7,82	7,85	8,31	8,87	8,24	5,791	0,000
El café ayuda a quitarte la borrachera	5,70	6,00	5,16	4,15	4,17	3,04	3,57	6,087	0,000
Los efectos de dos cubatas duran más o menos una hora	6,45	5,56	4,79	5,47	4,72	4,85	4,38	2,662	0,016
Hay gente que sabe beber y no se emborracha por mucho que beba	5,33	5,05	5,74	4,96	4,36	3,72	3,76	2,129	0,032
El lunes es imposible detectar el consumo de porros del fin de semana	5,27	5,04	3,87	4,47	3,44	2,17	3,00	5,952	0,000

(1) Cuando en el texto se haga referencia a diferentes significaciones de las pruebas a posteriori, tan sólo se indicará la que resulte mayor, siempre teniendo en cuenta que el resto de significaciones serán inferiores a la enunciada.

Tabla 4. Creencias distorsionadas en los tres grupos y aquellas en las que se aprecian diferencias significativas en función del tipo de consumidor.

	No cons	Cons de alcohol	Policons	F	Sig.
El alcohol te hace entrar en calor	6,69	7,09	7,38		
Uno puede dejar de fumar cuando quiera	5,02	5,09	5,88		
El alcohol mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido	6,47	7,60	7,36	11,185	0,000
Mezclar diferentes tipos de bebida emborracha más	6,82	8,04	8,07	7,250	0,001
El alcohol no es una droga	6,78	8,81	8,21	13,094	0,000
No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido	6,07	4,47	5,40	6,328	0,002
Fumar tabaco relaja	2,98	3,12	5,18	23,263	0,000
Fumar cánnabis es menos perjudicial que fumar tabaco	3,71	3,64	6,01	16,662	0,000
El cánnabis tiene efectos terapéuticos por lo que es bueno fumarse un porro de vez en cuando	5,32	5,38	7,28	11,531	0,000