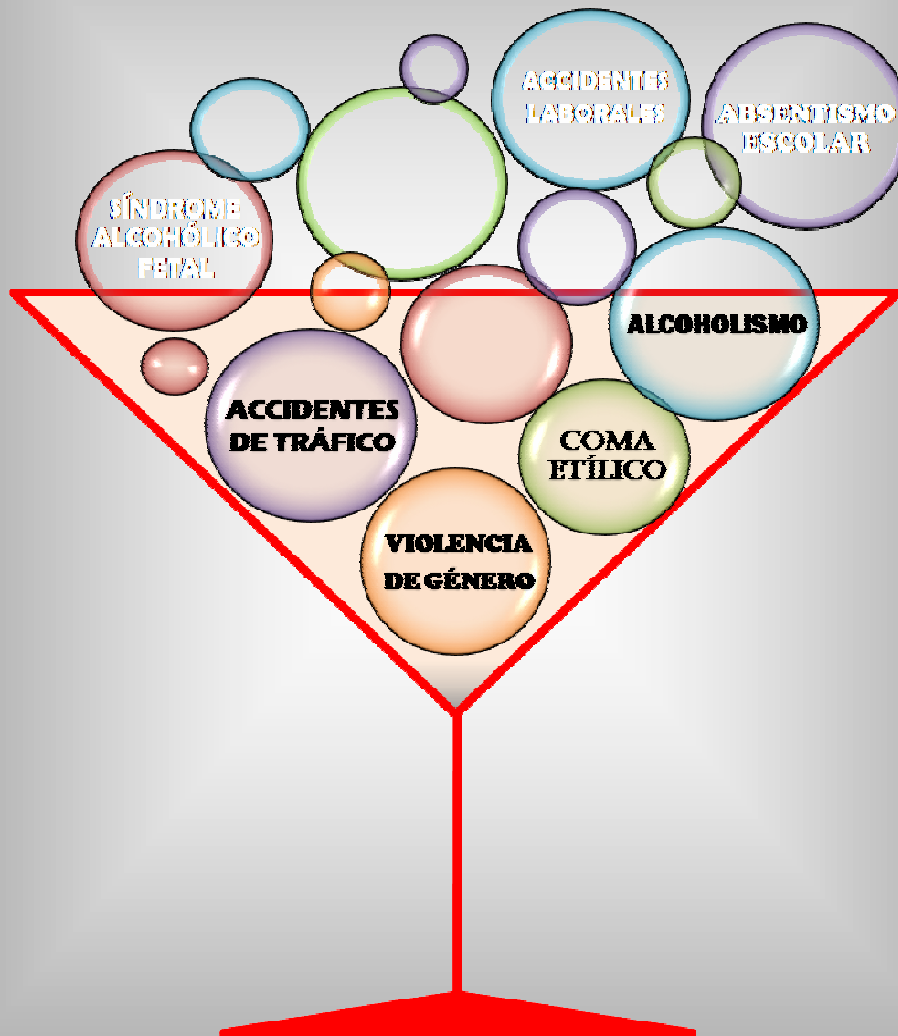




# XX Jornada sobre Drogodependències: **ALCOHOL, ¿Hablamos?**



Jueves, 26 de enero de 2012

Aula Magna. Facultad de Medicina.

Avda. Blasco Ibáñez, 15. 46010 - Valencia

[www.valencia.es/tutoriasenred](http://www.valencia.es/tutoriasenred)

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

### **Presidente**

Francisco J. Bueno Cañigral

### **Secretaria**

Laura Ferrer Mora

### **Vocales**

Rocío Benito Corchete  
Vicent Ferrer i Marco  
Asunción Hernández Lahuerta  
Mario Jordá Gilabert  
Ana Quiles Puchades

## **COMITÉ TÉCNICO**

### **Presidente**

Rafael Aleixandre Benavente

### **Secretario**

Ricardo Pérez Gerada

### **Vocales**

Laura Braulio Sánchez  
Salvador Campins Espí  
Agustín Durán Gervilla  
Amparo Gilbert Tío  
Armando Serrano Badía

## **INAUGURACIÓN OFICIAL:**

**Ilma. Sra. Lourdes Bernal Sanchis**

*Concejala de Sanidad y Consumo. Ajuntament de València*

**Ilmo. Sr. D. José Manuel Almerich Silla**

*Delegado del Sr. Rector para la Docencia en Centros Asistenciales  
Universitat de València. Estudi General*

**Ilmo. Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui**

*Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)*

**D<sup>a</sup>. María Jesús Mateu Aranda**

*Jefa de Servicio de Drogodependencias  
Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria  
Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana*

## **CONFERENCIA INAUGURAL:**

### **“ALCOHOL Y ADOLESCENTES: PASADO, PRESENTE Y FUTURO”**

**Prof. Dr. D. Javier Elzo Imaz**

*Catedrático de Sociología de la Universidad de Deusto e Investigador Social*

## **MESA REDONDA:**

### **“EL ALCOHOL, ELEMENTO DISTORSIONADOR DE LAS RELACIONES SOCIALES”**

**MODERA: Dr. D. Víctor Agulló Calatayud**

*Departament de Sociologia i Antropologia Social. Universitat de València.  
Unitat d'Investigació Social i Sanitària (UISYS). Universitat de València-CSIC.*

### **“EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MADURACIÓN CEREBRAL DEL ADOLESCENTE”**

**Dra. D<sup>a</sup>. Consuelo Guerri Sirera**

*Jefa de Laboratorio de Patología Celular  
Centro de Investigación Príncipe Felipe*

### **“ABORDAJE ACTUAL DE LA PUBLICIDAD DEL ALCOHOL, ¿QUÉ PASA CON LA LEY?”**

**D. Ricardo Pérez Gerada**

*Médico. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)  
Ayuntamiento de Valencia*

### **“DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL”**

**D<sup>a</sup>. Rosa M<sup>a</sup> Marín Torrens**

*Jefa de Programas y Servicios Sanitarios. Escuela Valenciana de Estudios de Salud  
(EVES)  
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana*

## **MESA REDONDA:**

**“¿QUÉ HACEMOS DESDE EL ÁMBITO LOCAL?”**

**MODERA: Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral**

*Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)  
Ayuntamiento de Valencia*

**D<sup>a</sup> Lourdes Alapont Pinar**

*Psicóloga. UPCCA Mislata*

**D. José Gisbert Tío**

*Psicólogo. UPCCA Vila-real*

## **CONFERENCIA CLAUSURA:**

**“EL DEPORTE COMO ALTERNATIVA AL CONSUMO”**

**PRESENTACIÓN: Ilma. Sra. D<sup>a</sup> Lourdes Bernal Sanchis**

*Concejala de Sanidad y Consumo. Ajuntament de València*

**D. Juan Antonio Corbalán**

*Médico. Presidente de Makeateam*

*Exjugador de baloncesto del Real Madrid*

## INAUGURACIÓN OFICIAL

**Ilma. Sra. Lourdes Bernal Sanchis**

*Concejala de Sanidad y Consumo*

*Ajuntament de València*

Ilmo. Sr. D. José Manuel Almerich Silla, Ilmo. Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui, D<sup>a</sup>. María Jesús Mateu Aranda, estimados ponentes y asistentes, buenos días a todos y bienvenidos a esta “**XX Jornada sobre Drogodependencias**” que se organiza desde la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, con la inestimable colaboración de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y la Universitat de València.

En esta ocasión, como ya saben, la Jornada lleva por título “**Alcohol, ¿Hablamos?**”. Reflexionaremos sobre lo que es ya un problema de salud pública, y sobre cómo abordar su resolución.

En el Ayuntamiento de Valencia, desde la Concejalía de Sanidad y Consumo y a través del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) desarrollamos cuatro líneas de trabajo:

-Prevención Escolar

-Prevención Familiar

-Prevención Comunitaria

-Alternativas de Ocio y Tiempo Libre.

A través de ellas queremos contener las actuales cifras de consumo y por supuesto, reducirlas.

Una de las cifras que suelo mencionar -porque me parece intolerable- es el inicio de consumo de alcohol, a los 13,7 años de edad, según la Encuesta Escolar sobre Drogas 2010-2011. El 58,8% de los estudiantes de 14 a 18 años reconoció haberse emborrachado alguna vez en su vida, de los que el 52,9% lo hizo en el plazo de un año y un 35,6%, 6 de cada 10, en el último mes.

### **Un problema de salud pública.**

Cada año, la OMS (Organización Mundial de la Salud) celebra el 15 de noviembre el “**Día Mundial sin Alcohol**”, la comunidad científica ya está hablando no sólo de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en el individuo, sino también de sus repercusiones a la sociedad. Según un estudio del Dr. David Nutt, publicado el pasado mes de octubre en “The Lancet”, una revista científica de prestigio internacional, el alcohol es más dañino que la heroína y el crack debido a que perjudica tanto al consumidor como a las personas que le rodean.

Una de sus repercusiones a terceros más conocidas y dolorosas es la violencia doméstica en lo que concierne no sólo a mujeres, sino también a niños y a ancianos. Es importantísimo proteger a los niños de familias con problemas de alcohol. Quienes sufren maltrato en la infancia por consumo nocivo de alcohol, tienen muchas posibilidades de repetir los patrones de consumo. El papel de la salud pública como elemento preventivo es fundamental.

La seguridad vial es otro de los aspectos en los que el consumo excesivo de alcohol incide de manera extremadamente peligrosa. El alcohol es la causa que más incidencia tiene en la accidentalidad, ya que su consumo abusivo produce alteraciones físicas y psíquicas que perjudican gravemente una conducción segura.

Y desde la Concejalía de Sanidad y Consumo no podemos dejar de mencionar uno de los objetivos principales de protección: la salud. Los jóvenes son los más vulnerables a sufrir daños físicos -también emocionales y sociales- derivados del consumo excesivo de alcohol. La conferencia inaugural **“Alcohol y adolescentes: pasado, presente y futuro”**, pronunciada por el Profesor D. Javier Elzo, nos expondrá una realidad que no va a dejarnos indiferentes. Bajada de rendimiento escolar y pérdida de bienestar social son sólo algunas de las complicaciones que acechan el futuro de los jóvenes consumidores de alcohol. La primera Mesa Redonda, **“El Alcohol, elemento distorsionador de las relaciones sociales”**, continuará poniéndonos al día de estos daños desde el punto de vista médico, y nos dará la perspectiva de las diferencias de género y de la situación de la publicidad de este producto.

### **Cerca del ciudadano.**

En la Mesa Redonda **“¿Qué hacemos desde el ámbito local?”** que tendrá lugar después del descanso, reflexionaremos sobre las acciones desde los municipios, lo más cercano al ciudadano. El Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia (PMD) es el recurso encargado de llevar a cabo programas y actividades para en primer lugar prevenir, después disminuir el consumo de sustancias nocivas y finalmente, acabar con las consecuencias derivadas de su uso.

Desde esta Concejalía de Sanidad y Consumo ofrecemos al ciudadano una programación flexible, más adaptada a nuestro entorno social porque las planificaciones teóricas no suelen ajustarse a la realidad que se encuentran los profesionales que trabajan en el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD).

El Ayuntamiento de Valencia promueve diferentes campañas específicas de sensibilización sobre las consecuencias negativas del consumo abusivo. Les menciono algunas de las últimas Campañas de Prevención del Consumo Abusivo de Alcohol enfocadas a nuestro municipio:

#### **-Fallas 2008:**

“Con el alcohol... TAMBIÉN fallas”

#### **-Día Mundial sin Alcohol, 15 de noviembre de 2008:**

“El alcohol no lo conserva todo”

#### **-Noches de San Juan de 2009 y 2010:**

“Si bebes, hazlo con moderación”

#### **-Fallas de 2009 y 2010:**

“En Fallas, no Falles”

#### **-Noche de San Juan de 2011:**

“Disfruta y no te quemes”

Estudios recientes de la FAD revelan que un 83,9% “considera al alcohol una imagen entre bastante y muy representativa de la sociedad española”. Debemos romper con esa idea de que beber en exceso es algo normal, no dejemos que se banalice una actividad tan dañina.

Uno de los pilares del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) es plantear Alternativas de Ocio y Tiempo Libre en las que sin duda la actividad física tiene mucho que aportar. La conferencia de clausura, **“El Deporte como Alternativa al Consumo”**, correrá a cargo del Dr. D. de Juan Antonio Corbalán, y expondrá las vías para persuadir a los jóvenes para que opten por un ocio saludable.

## Cooperación

Celebramos esta Jornada en un marco esperanzador tras la firma del “**Acuerdo Nacional contra el Consumo de Bebidas Alcohólicas por parte de los Menores**”, el pasado mes de septiembre en el Ministerio de Sanidad. En este Acuerdo estamos involucrados todos y deseamos que sea un paso adelante y no una simple declaración de buenas intenciones. En nuestras manos está.

Por nuestra parte, desde la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, a través del PMD, junto con el incansable trabajo de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Valencia y la Universitat de València, esperamos que esta Jornada se convierta en un espacio de reflexión y debate profesional sobre los retos del Acuerdo, desde el riguroso análisis de la realidad actual, y sin perder de vista los cambios experimentados en el pasado y, sobre todo, trabajando especialmente en lo que afecta a los jóvenes y a los menores.

Espero que disfruten de esta XX Jornada sobre Drogodependencias, y que encuentren interesantes las aportaciones que hoy se realicen. Les animamos a que participen en los debates y nos aporten su experiencia.

Buenos días a todos y muchas gracias por vuestra asistencia y atención prestadas.

**Ilmo. Sr. D. José Manuel Almerich Silla**

*Delegado del Sr. Rector para la Docencia en Centros Asistenciales  
Universitat de València. Estudi General*

Buenos días a todos, en primer lugar les doy la enhorabuena por haber decidido estar aquí acompañándonos en esta Jornada, que inauguramos en este momento.

Les doy la bienvenida de nuevo a la Universidad de Valencia, a D<sup>a</sup> Lourdes Bernal Sanchis, Concejala de Sanidad de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, a D. Ignacio Calderón Balanzategui, Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), a D<sup>a</sup> María Jesús Mateu Aranda, Jefa del Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana y a D<sup>a</sup> María Rodríguez, Secretaria General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Agradezco al Dr. Francisco J. Bueno Cañigral y a todo el equipo del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia, por haber elegido la Aula Magna de la Facultad de Medicina para la celebración de esta Jornada, así como por el trabajo tan importante que desarrollan en beneficio de la sociedad valenciana.

Les doy a todos ustedes la bienvenida en nombre del Rector de la Universitat de València, Prof. Dr. D. Esteban Morcillo por darnos la posibilidad de participar en esta “**XX Jornada sobre Drogodependencias**”, son veinte años los que ya se viene realizando esta acción que ha sido modulada a través del tiempo adaptándose a las circunstancias y a las novedades que se han ido produciendo en el tema de las adicciones en nuestra sociedad.

Lamentablemente, las encuestas nos dicen que se está produciendo cierto descenso en la percepción de riesgo en la sociedad y esto es algo que debe de ser motivo de alarma. Es importante que estemos aquí en esta Jornada en la que no se comparten sólo temas de salud sino también de educación.

¿Por qué es importante que estemos colaborando y que estemos aquí juntos todos estos colectivos? Fundamentalmente porque desde los años 70 del siglo pasado la Lone y el equipo de canadienses que empezaron a hablar de los conceptos de salud que se manejaban en ese momento, se vio que en los términos de salud en las comunidades no era sólo importante el concepto sino conocer aquellos determinantes decisivos en el acaecer de los problemas de salud de las poblaciones y a raíz de estos análisis de la Lalonde empezamos a saber que habían factores como es el medioambiente, y como son los estilos de vida, que son plenamente fundamentales en función de la salud de las poblaciones y que otros sistemas como es la pura atención sanitaria que siguen siendo importantes no tenían toda la importancia en lo que es el papel de la salud en nuestros conciudadanos.

Toda esta revolución en los conceptos de salud trajo también que fuera importante la participación comunitaria y es que todas nuestras comunidades de población tienen unas consecuencias en su salud en función de estos estilos de vida que muchas veces son responsabilidad no sólo de aquellos que nos dirigen sino de la propia acción social.

De ahí que tengan una importancia fundamental los entornos educativos como es el que se desarrolla desde la universidad, desde las escuelas secundarias y primarias, en los cuales se establecen los valores que va a tener la población, nuestros futuros adultos en su desarrollo y en su formación.



De ahí también que desde la Universidad estemos preocupados porque exista una mejor transmisión de los valores y que se transmitan los valores de la cooperación, de la igualdad, del respeto por la diferencia, y también los valores relacionados con el esfuerzo, con el ejercicio físico, con la autoestima, con la mejor valoración de la vida social en nuestra comunidad.

Es por tanto este tal vez el modelo que nosotros creemos o la participación que nosotros creemos que corresponde a la Universidad y por eso estoy encantado de que nos hayan invitado a estar aquí y estamos muy satisfechos de que sigan realizando esta Jornada en estas instalaciones en nuestra Universidad.

Creo que en este momento la cooperación entre las distintas instituciones y fundaciones, como la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), y la Conselleria de Sanidad, es totalmente necesaria para que logremos juntos nuestros objetivos.

No es esta la única acción que desarrollamos con el Ajuntament de València. Tenemos la Feria de la Salud, que venimos realizando hace ya años, y en la que participan alumnos de medicina fundamentalmente y alumnos relacionados con ciencias de la salud. En ella se hace una extensión a la población de lo que es la educación sanitaria y la información sobre las conductas saludables, también sobre los hábitos para la salud no sólo relacionados con las drogodependencias sino con la salud en general. Por tanto, a parte de esta colaboración nosotros mantenemos otro tipo de colaboraciones también con la Conselleria de Sanidad, asociaciones y fundaciones a las cuales estamos abiertos como Universidad pública que está preocupada porque exista un entorno de cooperación.

Pero nuestra cooperación con el Ajuntament de València va más allá porque ustedes sabrán que hace más de un año, nuestra Universidad junto con la Universitat Politècnica y junto al Centro Superior de Investigaciones Científicas ha sido reconocido como Campus de Excelencia Internacional que está basado en tres pilares: salud, comunicación y cooperación.

El que hayamos obtenido esta calificación se debe en gran manera al apoyo que hemos obtenido del Ayuntamiento de Valencia, de las Cortes Valencianas, de nuestros poderes públicos. Un ejemplo más de lo que significa la importancia de la colaboración entre distintas organizaciones, organizaciones como la nuestra que tiene 500 años, que se remonta a 1459 y precisamente también a un hecho local relacionado con que los jurados de la ciudad de Valencia decidieron que hubiera una Universidad, decidieron que hubieran unos estudios que se regularan logrando una continuidad que nos ha llevado hasta hoy.

No me queda más que agradecer nuevamente el que estas instituciones que nos acompañan y que están representadas hoy aquí en la mesa hayan tenido a bien contar con nosotros, hacerles el ofrecimiento de que sigamos en el futuro participando y hacerles extensivo el deseo de todo el equipo rectoral y de mí mismo de que esta colaboración sea fructífera también en el futuro.

Muchas gracias.

**Ilmo. Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui**

*Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)*

En primer lugar, felicito al Ayuntamiento de Valencia, por esa constancia y esos 20 años de reflexión y de propuesta constante de debate que muchos de ustedes han seguido fielmente porque han venido con constancia a estas Jornadas pero que, desde luego, el Ayuntamiento siempre ha querido estar en esta propuesta que considera su responsabilidad, que lo es, pero que no siempre todo el mundo cumple con las responsabilidades de esa manera tan fiel y constante.

Y desde las primeras Jornadas en las que seguro que estaríamos hablando de la heroína, que era la que tenía absolutamente horrorizada a la sociedad, hoy estamos proponiéndonos que si hablamos del alcohol. Es un cambio importante que tiene aspectos muy positivos.

En segundo lugar, les quiero felicitar porque el hacer una Jornada sobre el tema del alcohol del que ya hemos escuchado bastantes cosas y vamos a oír hoy bastantes y todas seguro importantes, el título de una Jornada que se llama "Alcohol, ¿Hablamos?", me parece enormemente acertado, porque estamos hablando de una sustancia de gran importancia en nuestro país y que no es nada fácil de enfrentar.

Nosotros en la FAD hace ya años, decidimos que había que abordar el tema del alcohol y nos encontramos con dificultades importantes, entre otras, de tipo conceptual y filosófico, que son las que en muchas ocasiones obstaculizan movimientos. Siempre he entendido que era un discurso bastante etéreo, un discurso que no aportaba enfrentamientos a discusiones y a problemas sino que era una cuestión de percepción social. No podemos poner en el mismo rango a una sustancia como la heroína que viene de fuera, que es de gente marginal, delincuente, y que nos quiere destruir, con el mueble bar en casa, con los niños jugando y la abuela haciendo punto, no es posible, no encaja. Y el no encajar ha permitido que el alcohol haya estado oculto detrás del estigma de las drogas ilegales. Las drogas ilegales han generado un pánico social, el alcohol se ha colocado debajo de la mesa, y aquí paz y después gloria.

Y creo que en este momento se ha abierto la espita que puede obligar al alcohol a salir al escenario, y eso no quiere decir que haya que hacer una cruzada contra el alcohol, sino lo que es la puesta en marcha de un proceso de reflexión, que echemos cuentas de qué es esto del alcohol, de dónde está. Que pensemos un poco nosotros en nuestro próximo entorno, en esa copa que de alguna manera simboliza estas Jornadas, y que tiene dentro accidentes laborales, absentismo escolar, botellón, comas etílicos, violencia de género y otras muchas que no están ahí, en las que el alcohol es un compañero muy claro de todo ese tipo de procesos.

Por lo tanto, el que hablemos es el camino porque a fuerza de hablar seguramente vamos a conseguir poco a poco que el alcohol pueda ir colocándose en su sitio, porque creo que hoy no está en su sitio.

Es verdad que estamos en un país en el que todo se celebra con alcohol, pero con miles de litros de alcohol, no es un problema de celebrarlo con una copa. Un país festivo como este, que está muy bien lo de celebrar y la fiesta porque además es importante la alegría y la ilusión y más en momentos como éste, pero nos hemos acostumbrado y hemos acostumbrado a nuestros menores a que no hay fiesta si no hay cantidades ingentes de alcohol y además tratados de una manera enormemente familiar.

Por eso, con esas dificultades que la FAD tuvo en su momento, a pesar de eso decidimos salir con una campaña que nos costó más de año y medio poder poner en antena y salimos prácticamente con un slogan similar porque lo que propusimos es “¿Qué debemos hacer con el alcohol?”. Abrimos un intento de reflexión, de debate, de análisis, a preguntarnos todos y a no dar recetas de decir “la FAD dice que...” Esto así no funciona. Podemos opinar lo que queramos pero con el alcohol, o hacemos un proceso de introspección y de autoreflexión para poder ir poco a poco moviendo determinadas piezas o realmente avanzaremos poco.

Tras esa primera aproximación, automáticamente hemos puesto en marcha una segunda con un DVD: “Todo sobre el alcohol”, de hora y media de duración, que trata de recoger toda la información que hay objetiva sobre el alcohol. Es muy importante conocer todas las interioridades del alcohol de verdad, lo que supone el alcohol como poder económico, como potencia, lo que supone en puestos de trabajo, lo que supone en muchas cosas que son realidades que hay que contemplar para poder decidir qué queremos hacer con el alcohol.

Hoy ya está en televisión la segunda campaña que hemos hecho en la FAD y estamos empezando a preparar la tercera. Esta segunda durará seis meses y el eslogan es “El tiempo que le dedicas al alcohol, se lo quitas a todo lo demás”, intentando también un proceso de reflexión, que creemos que es el camino que hay que seguir.

Pero sería importante que consiguiéramos poco a poco, y sobre todo hay una cuestión que creo que quizá fuera puntualmente la más exigible y exigente para todos nosotros, que es la protección de los colectivos menores. Independientemente de que vayamos reflexionando sobre qué va a hacer la sociedad adulta y dónde debe colocar el alcohol, hay una cosa que me parece que no está en el panel de discusión, que es la protección de los menores.

Este es un país con una legislación que no permite el consumo de alcohol hasta los 18 años, pues dan los 13,7 años como edad de inicio, y unas estadísticas bastante duras y todo el mundo lo asume con la mayor de las naturalidades, no pasa nada. Bueno pues pasa mucho, pasa que hay una legislación que no es capaz de hacerse cumplir y que luego además hay una realidad que supone que nos encontramos con unos niños y niñas que inician un consumo a unas edades en las que de alguna manera el daño es siempre mucho mayor por el proceso de maduración cerebral en el que se encuentran. Además, el alcohol, es la sustancia que está en todos los policonsumos y es la sustancia de inicio, como es lógico, por la familiaridad, es el amigo que te lleva a una fiesta que no te gusta nada, que te da bastante miedo porque está en las afueras porque no sabes ni cómo vas a volver pero vas con tu amigo íntimo, y cuando uno va con su íntimo pues todo ese miedo lo traslada al de al lado y dice venga va vamos a ir, tú tranquilo chaval, y llegan allí y de la mano del alcohol se entra en otro tipo de consumos, otro tipo de circunstancias.

En cualquier caso, no es necesario que nos enfrentemos a este fenómeno sólo por el hecho de las cifras, las cifras son importantes pero estamos hablando de una realidad de reflexión personal, de filosofía cultural prácticamente.

Hablar del número de alcohólicos en este país es una cuestión de la que se habla bastante poco, estará en millón y medio o dos millones de personas, fallecimientos atribuibles a consumo de alcohol son cifras impresionantes, mucho más que todas las drogas ilegales juntas con una gran diferencia. La relación de los menores con el alcohol y los factores de riesgo, un 36 % de fracaso escolar, o un tema de violencia de género, que a todos nos preocupa enormemente, pero no se trata de mover el miedo sino de promover la reflexión. De que echemos una pensada y digamos, a ver, hablemos del alcohol, de qué se trata esto, qué podemos hacer, qué debemos hacer, se han hecho cosas y se están haciendo cosas y estoy convencido porque una de las cuestiones que hemos visto en las campañas y que nos ha llenado de satisfacción es que ha habido una movilización enorme.

En la FAD hemos sido los primeros que salimos con la campaña hace año y medio de propuesta de hablemos del alcohol, y desde ese momento ha habido otras campañas del gobierno, una propuesta de pacto nacional de protección a los menores, ha habido una Jornada como ésta, una movilización de un montón de organizaciones, y los medios de comunicación, nosotros lo sentimos mucho en la FAD porque, tenemos una enorme relación, están muy sensibilizados con el tema y quieren hablar del tema del alcohol.

Pero hay que hacerlo tranquilamente, porque no se cambia la cultura de un país en 24 horas, lo que sí se puede es empezar a caminar, y empezar estableciendo esos planteamientos de protección a los menores de forma inmediata, ahí está el papel de la educación, de las familias, que deben de hablar posiblemente del alcohol. Esa presencia familiar les da en unas determinadas edades en las que se acerca el momento de entrar en contacto con el amigo esa posición de relaciones importante, porque no olvidemos que en España el patrón de consumo ha cambiado, hemos pasado del patrón mediterráneo en el que el consumo era algo que se hacía en las comidas, en las relaciones sociales, familiares y festivas, a un patrón nórdico anglosajón en el que el consumo se hace en fines de semana de una forma bastante vandálica, de atracón, para conseguir unas ingestas que te permitan colocarte lo más rápido posible y así nos hemos encontrado con unos incrementos de borrachera espectaculares en una cultura juvenil en la que ese planteamiento vital es un elemento absolutamente consustancial de su estilo de vida.

Por lo tanto y termino, muchísimas gracias de nuevo al Ayuntamiento de Valencia, a ustedes, a la Universitat de València que siempre nos acoge. Creo que tenemos que saber que estamos abriendo un camino, que es un camino que va a dar resultado y va a funcionar, que no podemos tener prisa porque los temas importantes nunca se arreglan con prisa, se arreglan con esfuerzo, con decisión y con acierto.

Aquí el acierto está, el esfuerzo y la decisión está comprobada porque han demostrado que durante 20 años han sido capaces de tener esa constancia y ustedes que siempre con su presencia avalan también esa posibilidad.

Por lo tanto, también gracias a ustedes porque ustedes son los que desde su lado, desde sus puestos, desde sus familias, desde sus trabajos van a hacer de índice multiplicador de una cuestión en la que hablando, hablando, se oirá un enorme murmullo que conseguirá que el año que viene, cuando espero que volvamos a estar aquí, podamos sonreír un poquito más en el tema del alcohol y espero que en alguna otra cuestión más.

Muchas gracias a todos, buenos días.

**D<sup>a</sup> María Jesús Mateo Aranda**

*Jefa de Servicio de Drogodependencias*

*Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria*

*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana*

En primer lugar, me gustaría agradecerles a todos ustedes que hayan elegido asistir a esta XX Jornada sobre Drogodependencias. El Sr. Guillermo Ferrán, Director General de Ordenación y Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad no ha podido asistir aunque hubiera sido su deseo poder estar con ustedes en esta Inauguración y de estar con todos los representantes de esta mesa que son compañeros de hace muchos años y grandes amigos, como son el Dr. José Manuel Almerich, el Dr. Francisco Bueno y D. Ignacio Calderón.

Todas las instituciones que estamos aquí representadas trabajamos para llevar adelante la materia que el propio título de la Jornada nos está indicando y en eso también quiero felicitar a los organizadores y a todo el equipo del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia por la elección de este tema, por la elección de los ponentes y de los títulos de las conferencias, porque ha sido muy acertado.

Desde la Conselleria de Sanidad, a través de todo el equipo del Servicio de Drogodependencias, estamos trabajando todos los programas de prevención, todas las líneas tanto del ámbito comunitario como familiar como escolar. En todos estos programas de prevención y desde todos los ámbitos se trabaja ya la materia específica de alcohol.

Creemos que también es necesario llevar dentro de las políticas de la Conselleria de Sanidad programas específicos en materia de alcohol, porque el alcohol sigue siendo la primera causa de demanda de tratamiento tanto en las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) que todos ustedes conocen como en las Unidades de Alcoholología (UA). Continúa siendo la primera causa de urgencias por consumo de sustancias.

El alcohol es la primera causa de los problemas sanitarios en comparación con el resto de las drogas. Por ello es necesario adoptar, como en esta ocasión estamos haciendo y ya durante muchos años, las medidas necesarias destinadas a evitar los consumos de alcohol y sobre todo las medidas dirigidas a disminuir el consumo de alcohol en los jóvenes, y éste es el tema que en esta Jornada mayoritariamente nos va a ocupar.

Por eso, nosotros tenemos esas medidas prioritarias en toda la prevención dirigida al consumo de alcohol y también a los no tan jóvenes. Contamos con numerosos programas de prevención específicos en esta materia que no voy ahora a desarrollarles pero que creo que sí que es necesario remarcar porque son novedosos, están dirigidos a colectivos diferentes como es el **“Programa de prevención del consumo de alcohol durante el embarazo”**, que se inició en la provincia de Valencia y este año ya lo hemos extendido a la provincia de Alicante y de Castellón a través de los hospitales y de las áreas de salud

Hemos desarrollado un programa de sensibilización dirigido a mujeres y un programa de formación dirigido a los profesionales sanitarios. Estos programas tienen el objetivo de sensibilizar a las mujeres para que lleguen a obtener el consumo cero de alcohol durante el embarazo. Porque aún cuando no se conocen ciertamente todas las consecuencias, sí se sabe que efectivamente el alcohol está influyendo en el niño posteriormente.

Igualmente reforzando esta materia siempre se ha ido apoyando a las Universidades en materia de investigación. En este sentido, hemos estado apoyando la investigación en materia de alcohol de la Dra. Consuelo Guerri, a la que luego van a tener ustedes el placer de escuchar.

También me gustaría nombrar la campaña de sensibilización **“Menos grados, menos problemas”** que lleva a cabo la Fundación Aepa también dirigida específicamente a nuestros jóvenes. Además, recientemente en la Conselleria de Sanidad fue presentada la campaña de Controla Club y de la FEPAD “El alcohol puede esperar”, encaminada a disminuir la edad de inicio del consumo de alcohol en los jóvenes utilizando como medio de difusión de los mensajes la red social Tuenti. **“Barras saludables”** es otro programa específico de nuestra Fundación FEPAD, puesta en marcha recientemente.

Me gustaría por último insistir en la importancia de que estemos trabajando todas las instituciones juntas por este interés común en materia de prevención y desearles a todos ustedes que obtengan un maravilloso resultado de estas XX Jornadas sobre Drogodependencias.

Muchas gracias.

# CONFERENCIA INAUGURAL

## “ALCOHOL Y ADOLESCENTES: PASADO, PRESENTE Y FUTURO”

**Prof. Dr. D. Javier Elzo Imaz**

*Catedrático de Sociología de la Universidad de Deusto e Investigador Social*

Tres aspectos distinguiré en este texto preparado para la XX Jornada sobre Drogodependencias organizada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), el Ayuntamiento de Valencia, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y la Universidad de Valencia, celebrada en Aula Magna de su Facultad de Medicina.

En primer lugar me detendré, de forma breve, en un histórico de la evolución de los consumos de alcohol en España, en adultos y especialmente en jóvenes. En segundo lugar presentaré, esta vez con apoyatura de datos, los niveles de consumo de las dos últimas décadas y su evolución para terminar con unas reflexiones que, partiendo de la realidad de nuestros días, abordar algunas cuestiones de futuro que nos parece importante resaltar.

### **1. Momento histórico del alcohol en nuestra sociedad.**

En Europa, según el último estudio ESPAD en base a escolares europeos de 16 años, más de cuatro de cada cinco escolares de 16 años han consumido alcohol en los últimos 12 años pese al hecho de que la legislación sea prohibicionista para el consumo en menores de edad.

En general si bien se ha estabilizado e incluso descendido el consumo continuado de alcohol, sin embargo el excesivo consumo puntual, el “atacón” (“binge drink”) ha aumentado notablemente. El modelo mediterráneo, en lo que tiene de consumo integrado de alcohol a lo largo del tiempo muestra, incluso, un ligero descenso, pero el modelo nórdico del “atacón” se extiende por toda Europa.

Además, en esta última modalidad de consumo, al diferenciarlo según el sexo, los niveles de consumo de los chicos no sufren generalmente variaciones y, cuando lo hacen, es mayoritariamente a la baja, mientras sucede rigurosamente lo contrario en los niveles de consumo de las chicas. Concluiremos en consecuencia que, gran parte de la evolución habida es debido al aumento de chicas que se han apuntado al “atacón” en los últimos años. Esto nos indica que las diferencias en los hábitos de consumo de alcohol se están igualando cuando los segmentamos por género. Esta realidad se manifiesta también, de forma muy clara, en la sociedad española.

Por otra parte los consumos de alcohol generan más problemas en los países del norte de Europa que en los del Sur, como mostramos en una reciente investigación atendiendo a datos recientes de ESPAD 2009<sup>1</sup>. Como ya sabemos que no hay más consumidores en el norte que en el sur, que tampoco la prevención es menor, que los precios de las bebidas alcohólicas son mas bajos en el sur y que la tolerancia para el consumo (al menos público) es también menor en los países del sur, habrá que concluir que es en el modo de beber, en la forma en la que consumen alcohol los adolescentes donde está la explicación de estos datos. Digámoslo claramente: es el beber concentrado y fuera del ámbito público el que está en la base de la diferencia en los altos niveles de problemas que genera el consumo de alcohol en el norte en referencia a los que ocasiona, al menos hasta ahora, en

---

<sup>1</sup> Javier Elzo (coord.). Laespada M.T., Choquet M., Elzo J., Megías E., Marina J. A., Fernández-Cruz A., Marco J., Musitu G., Pons J., Gómez, J. D., Campuzano A., Sedano J., Altarriba i Mercader F. X., “*Hablemos de alcohol. Por un nuevo paradigma en el beber adolescente*”. Fundación Alcohol y Sociedad. Edit. Entimema. Madrid 2010

el sur de Europa. Muchos investigadores europeos han mostrado su asombro ante la visión de los macrobotellones en España y la relativa ausencia de conflictos que generan. Lo que no quiere decir que no los haya, como sabe bien la población española

Los medios de comunicación, al hablar del alcohol de los adolescentes y en particular del fenómeno del botellón, sólo parecen dar importancia a su dimensión de conflicto de orden público, identificándolo con evidentes consecuencias negativas como ruidos, suciedad y molestias para los vecinos. No vamos a poner en duda, en absoluto, la legitimidad de las quejas vecinales. Lo que queremos destacar es que parece que cuando el abuso de alcohol entre los menores ocurre en lugares preparados para no afectar al orden, la sociedad institucionalizada no tiene excesivos problemas en aceptarlo, pues queda así preservada la libertad del adolescente para consumir, la libertad del establecimiento para comerciar sin molestar al vecino y la libertad del vecino para hacer sus actividades o descansar sin ser molestado. Es lo que explica la proliferación de “botellodromos” en diferentes puntos de España, en algunos casos particularmente sofisticados. Por ejemplo con la organización de autobuses de llegada y salida que si bien cumplen la innegable y bienvenida función de exonerar la conducción de vehículos tras la ingesta de alcohol, a la postre la facilita pues, “beba lo que beba, después me llevarán a casa”. Al final el problema del consumo abusivo de alcohol en los adolescentes queda reducido a la sola cuestión de las molestias vecinales que genera.

Por otra parte, como ya escribiéramos en el estudio de la FAD de 2007 <sup>2</sup> sobre alcohol y jóvenes consideramos necesaria la presentación de algunas premisas básicas que orienten la lectura posterior de los datos de consumo entre la población adolescente española.

Sostenemos que todo intento de explicación de cualquier comportamiento de consumo de alcohol por parte de la población adolescente obliga a exponer algunos aspectos contextualizadores que sitúan el fenómeno en el lugar y dimensión adecuado. No podría comprenderse el consumo de alcohol de los adolescentes en un entorno en el que el alcohol no tuviese el peso y significación cultural que tiene en los países occidentales en general y en España en particular.

En efecto, muchas de las pautas de consumo de alcohol no son consustanciales a la población juvenil, mas bien son aprendidas de sus adultos que de forma consciente o inconsciente, transmiten en sus estilos de vida, universos de valores y estructuraciones del tiempo libre pero también en sus consumos de alcohol el modo de relacionarse con esta sustancia y la importancia que se le concede a la misma.

Por otra parte no hay que olvidar que medir el consumo de alcohol es una de las cuestiones más complejas de cuantificar. Es más sencillo medir la ingesta de cualquier otra sustancia que se mide en unidades que el alcohol que en la mayoría de los casos se presenta como un continuo a lo largo del día o de las ocasiones de consumo, especialmente entre la adolescencia cuyas pautas de consumo compartido de alcohol hacen muy difícil su cuantificación real.

Como difícil es comprender los consumos de alcohol adolescentes si no se conocen algunas de las características de la adolescencia actual. Los adolescentes de este inicio del siglo XXI nacieron en una sociedad plenamente integrada en la Europa comunitaria, en un país que se despegaba y cerraba definitivamente su pasado reciente, con medios materiales y tecnológicos inimaginables. Pese a lo tiempos de crisis que vivimos en los

---

<sup>2</sup> “*Adolescentes ante el alcohol. La mirada de padres y madres*”. Eusebio Megías (director), J. C. Ballesteros, F Conde, J. Elzo, T. Laespada, I. Megías, E. Rodríguez. Colección Estudios Sociales, nº 22, Obra Social Fundación “la Caixa”, Barcelona 2007, 233 páginas.



últimos cuatro años, los adolescentes de hoy, en su infancia, son hijos naturales de la abundancia y la sociedad de consumo, porque incluso sus propios padres lo fueron. Han pasado su reciente infancia con videoconsolas, ordenadores e Internet a su disposición. No es baladí constatar que el uso de Internet permite a esta nueva adolescencia saltarse las fronteras espacio-temporales con una naturalidad abrumadora. Han integrado la telefonía móvil con la sencillez propia de lo que se conoce desde la infancia. Los centros comerciales se han convertido en sus espacios naturales, luego el disfrute pasa también por el consumo. Son miembros de una generación escasa en cuanto a número de miembros, porque sus padres y madres decidieron tener pocos hijos, uno o a lo máximo dos, con lo que muchos de ellos son hijos únicos y ello, conforma en ellos una cosmovisión muy particular de cuanto acontece a su alrededor, especialmente porque existe la tendencia de proteger todo aquello que es escaso.

Pero no olvidemos la influencia crucial de quienes les socializan, especialmente de sus padres y madres. Éstos vivieron muy de lejos la transición. Quizás los más tardíos vivieron los últimos años de la transición y final de la dictadura pero en su mayoría fueron jóvenes y les tocaba incorporarse al mundo laboral cuando crecían las tasas de paro de forma ininterrumpida y la crisis económica se agudizaba. Ello les obligó a reengancharse a cursos formativos, másteres y a admitir trabajos de baja cualificación y menor retribución. Ello conformó una generación con escaso interés en luchas y defensas ideológicas, saturados como estaban de las defensas ideológicas de sus generaciones precedentes.

Así, los padres y madres de la nueva generación adolescente inauguraron el uso y disfrute del ocio de fin de semana concentrado entre el viernes y el domingo. Vivieron con naturalidad la diferenciación etaria de los espacios y tiempos, con lo que aceptaron con normalidad los espacios de uso exclusivo juvenil. Las calles de los años 80 se llenaron de jóvenes y adolescentes con ganas de diversión y espacios propios sin control adulto. Inauguraban el uso y disfrute del fin de semana como espacio propio e indiscutible de la juventud. Son quienes instauraron las nuevas pautas de consumo de alcohol, a principios de los 80, desconocidas hasta entonces; el consumo de alcohol festivo, el uso abusivo de alcohol como diversión y el modo de relación instrumentado por el alcohol y todo ello en un marco en el que el consumo de alcohol entre la población adulta comenzaba a decaer. Pautas que se han consolidado, con algunas variantes, en los últimos treinta años. Aquellos adolescentes son los padres y madres de los actuales, por lo que el comportamiento de sus hijos no les es ajeno.

En definitiva, el modo de consumo de alcohol por parte de la población adolescente no ha surgido por generación espontánea sino que hunde sus raíces en el entramado cultural y social actual, en los procesos de socialización que viven los adolescentes, pero también en el proceso que vivieron sus padres, madres y profesores, encargados en primera instancia de su educación, en el papel otorgado a los elementos vitales de los adolescentes, en el lugar que han sido ubicados en el alineamiento social, ...pero no lo olvidemos, las actuales pautas de consumo de alcohol entre la población adolescente tienen ya una larga historia que pasa de 30 años.

## **2. Evolución de los consumos en las últimas décadas**

Los datos de los consumos siendo muy conocidos (basta entrar en la web del Plan Nacional de Drogas para consultarlos) nos limitamos a presentar unas pocas tablas resaltando algunas cifras que nos parecen más relevantes. Comenzamos, en la Tabla 1 con la evolución de los consumos de diversos productos desde 1994 a 2008 en base a ESTUDES del Plan Nacional de Drogas

Tabla 1. Evolución de consumos de escolares entre los 14 y los 18. Base Estudios

## Datos de consumos de diferentes productos

Tabla 1.3.4 Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida								
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2
Tranquilizantes*							12,6	17,3
Tranquilizantes sin**	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9

Subrayamos estos aspectos centrales:

-Respecto del tabaco el consumo ha descendido claramente después de 2004, siendo ya manifiesto su descenso en 2006, luego bastante antes de la aprobación de la ley del tabaco del 30 de diciembre de 2010.

-El consumo de alcohol, (“una vez a lo largo de su vida”) se ha mantenido relativamente estable entre 1994 y 2008, con una ligerísima tendencia descendiente.

-El consumo de cannabis se ha disparado. Es más que interesante, e incluso sociológicamente relevante, constatar que el año 1994 el porcentaje de escolares españoles entre los 14 y 18 años que consumían tabaco prácticamente triplicaba al de los que consumían cannabis: 60,6 % de consumidores de tabaco y 20,9 de cannabis. Casi cuarenta puntos porcentuales de diferencia. El año 2008, la distancia se ha reducido a poco más de diez puntos porcentuales: 44,6 % de consumidores de tabaco frente al 35,2 % de cannabis. ¿Cabe pensar que ante la actual cruzada ante el tabaco y la indiferencia, cuando no la benevolencia, ante el cannabis, en un futuro próximos tengamos más escolares que, alguna vez en su vida, hayan consumido cannabis que tabaco? La respuesta al final de la actual década, pues entre 2004 y 2008, también ha descendido algo el consumo de cannabis. En todo caso nos parecería del todo punto pertinente hacer una seria reflexión sociológica de la actitud adoptada por los órganos de decisión ante los consumos de los diferentes productos. De gran rigor ante el tabaco, producto extremadamente dañino para el cuerpo, y mas liviano ante el cannabis que, también lo es para el cuerpo (salvo decisión clínica, como lo son otros productos como los opiáceos, por ejemplo) pero también para la psique con el ya contrastado síndrome amotivacional, precisamente en la población adolescente estudiantil.

-En algunos productos, (éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y cocaína) el momento álgido de consumo se sitúa en torno a 2004-2005. No así con la heroína, cuyo consumo,

ciertamente muy minoritario, es incluso superior de 1994, aunque no por vía parenteral, muy mayoritariamente.

La segunda tabla, también de ESTUDES controla la edad de inicio a los diferentes productos de los adolescentes entre los 14 y los 18 años. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Edad media de inicio de los diferentes productos psicoactivos.

Tabla 1.3.5. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (años). España, 1994-2008.								
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3
Tabaco (consumo diario)	–	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7
Alcohol (consumo semanal)	–	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4	15,3
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

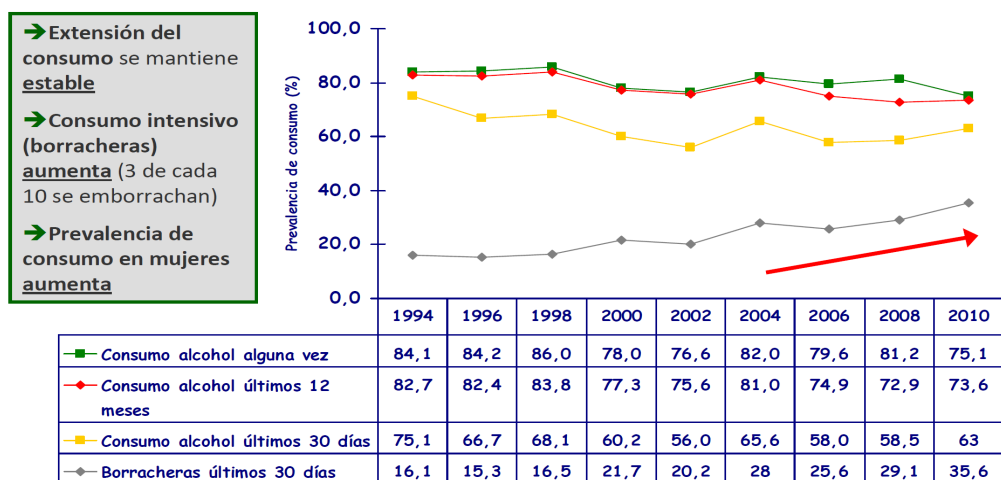
No necesitamos detenernos demasiado en el comentario de esta tabla. La edad media de inicio en el consumo de alcohol, como en los demás productos, prácticamente no ha variado. En el alcohol se sitúa en torno a 13,5 años, décima arriba, décima bajo. Algo similar cabe decir del tabaco y de los inhalables volátiles.

En los demás productos la edad media de inicio, en términos generales, tiene lugar más de un año más tarde. Quizás quepa destacar un muy ligero, pero continuo, descenso en la edad media de inicio al cannabis.

Veamos, a continuación, la tabla mas reciente que nos ha proporcionado, al día que cerramos estas páginas, la Dirección del Plan Nacional referida al alcohol. Está en su Web desde diciembre de 2011. La reproducimos en la Tabla 3.

Tabla 3. Evolución de consumos de alcohol entre 1994 y 2010.

**Evolución de la prevalencia de consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS y prevalencia de borracheras (últimos 30 días) (%). ESTUDES, 1994-2010**



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Los datos más relevantes a subrayar serían los siguientes:

-El porcentaje de menores que consumen alcohol a lo largo de su vida ha sufrido algunos altibajos entre 1994 y 2008, con una ligera tendencia decreciente, pero desde 2008 a 2010 ha descendido seis puntos porcentuales. Habrá que esperar sucesivos estudios para comprobar si es un diente de sierra o una tendencia sostenida decreciente.

-Tendencia que, por otra parte parece darse en los consumos de alcohol cuando son controlados en base a lo que contestan los escolares cuando se les pregunta si han consumido alcohol durante el año anterior al de la administración de la encuesta o durante los últimos treinta días. En esta serie se observa, claramente, que ha descendido el porcentaje de escolares que consumen alcohol anualmente, el 82,7 % en 1994 y 73,6 % en 2010, o mensualmente, el 75,1% en 1994 y el 63 % en 2010.

-Pero las tornas cambian radicalmente cuando se constata el aumento de escolares que se emborrachan en los treinta días anteriores a la encuesta. Lo que era descenso en la proporción de escolares que bebían se convierte en ascenso, y qué ascenso, entre los que, bebiendo, se emborrachan. Del 16,1% que se emborracharon, el mes anterior al paso de la encuesta, el año 1994 pasamos al 35,6 % el año 2010. Más del doble. La cifra es realmente impresionante porque indica que más de uno de cada tres escolares en España, en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, se emborracharon el mes anterior al de la administración de la encuesta. Y no se olvide que, en España, la venta de alcohol y su consumo público no está permitida hasta los 18 años.

De todo lo anterior la conclusión es muy clara: si bien hay algunos escolares menos que beben alcohol asiduamente, sin embargo ha aumentado fuertemente los que beben hasta emborracharse. Es exactamente el modelo nórdico de beber el que se está imponiendo en España con sus nefastas consecuencias.

Para completar los datos anteriores ofrecemos tres tablas más que hemos elaborado, en base a ESTUDES 2008, desglosadas por edad y sexo, referidas al año 2008 pues aun no las disponemos para el estudio de 2010 del Plan Nacional.

Tabla 4. Prevalencia del consumo de alcohol en menores de España, en 2008, según edad (en %)

<i>Alguna vez en</i>	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En la vida	63	79	86	91	92
Últimos 12 meses	53	70	78	84	84
Últimos 30 días	36	53	64	72	75

Fuente: DGPNSD. (ESTUDES 2008)

La Tabla 4 controla los consumos en adolescentes escolares, según su edad detallada desde los 14 hasta los 18 años, ambos inclusive. Consumo “alguna vez” sea a lo largo de su vida, sea en los últimos 12 meses, sea en los últimos treinta días. Como era esperable a medida que avanzamos en edad aumenta el porcentaje de consumidores pero, nótese, al menos, dos aspectos:

-Entre los 17 y los 18 años ya apenas hay salto, apenas hay aumento de consumidores de alcohol. Incluso desde los de quince años tenemos niveles particularmente elevados de consumidores

-En efecto, las cifras son impresionantes. Con 16 años casi dos de cada tres escolares ya ha consumido alcohol durante el último mes.

-En fin, dato aun más llamativo e inquietante: el 36 % de escolares de 14 años, luego más de uno de cada tres, manifestaba haber bebido alcohol el mes anterior.

Tabla 5. Prevalencia de borracheras en menores de España, en 2008, según edad (en %)

<i>Alguna vez en</i>	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En la vida	30	49	62	72	77
Últimos 12 meses	25	41	53	60	66
Últimos 30 días	13	24	32	39	45

Fuente: DGPNSD. (ESTUDES 2008)

En la Tabla 5, podemos analizar los porcentajes de escolares que manifiestan haberse emborrachado. El lector mirara la tabla a su guisa. Limitándonos a los datos referidos a los consumos durante los treinta días anteriores a la toma de datos reseñamos que:

-Entre los que ya han alcanzado los 18 años, el 45 % señalan haberse emborrachado al menos una vez. Esta cifra apenas desciende al 38 % entre los que tenían 17 años y al 32 % los que estaban en los 16 años de edad. Luego el salto entre bebedores, en edad legal de beber (se les puede suministrar alcohol en espacios públicos), y en edad ilegal, menos de 18 años, es francamente escaso lo que indica que no es la ley la razón principal que les dificulta el consumo sino otros factores, entre ellos la edad, ciertamente. No estamos diciendo, tampoco insinuando, que hay que modificar la ley, sin más. Pero sí queremos decir que la ley, manifiestamente, por sí misma, no es suficiente para lograr sus pretendidos fines: que los menores de 18 años no consuman alcohol.

-No podemos no resaltar que más de un escolar sobre diez ya se ha emborrachado con 14 años. El 13 % según los datos de ESTUDES de 2008.

En fin, en la Tabla 6 transcribimos los mismos datos de 2008 pero, esta vez, en razón del sexo de los estudiantes. También esta Tabla se comenta por sí misma. La prevalencia de las borracheras entre las mujeres y los hombres, entre las adolescentes escolares en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años de edad, y los adolescentes de la misma edad y estatus son prácticamente idénticas, destacando, incluso, ligeramente al alza, las chicas. Si además la ciencia médica nos señala que los consumos de riesgo en las mujeres ya se manifiestan con niveles más bajos de consumo que entre los hombres, es evidente que nos encontramos ante datos, clínicamente hablando, muy preocupantes.

Tabla 6. Prevalencia de borracheras en menores de España, en 2008, (14- 18 años) según sexo (en %)

	Hombres	Mujeres
En la vida	55	58
Últimos 12 meses	47	48
Últimos 30 días	29	29

Fuente: DGPNSD. (ESTUDES 2008)

En definitiva y a modo de resumen de estas y otras cifras señalemos que, aunque en los últimos cuarenta o cincuenta años la cantidad de alcohol que se bebe en España se ha reducido, así y todo, en la actualidad, los no consumidores de alcohol siguen siendo minoría; más de 3 de cada 4 españoles en el último año, consumieron alcohol con muy diversas frecuencias. Los productos más consumidos continúan siendo, claramente, los que tienen estatus de legalidad (tabaco y alcohol)<sup>3</sup>.

En el caso del alcohol, más de uno de cada tres españoles lo consume todos o casi todos los fines de semana y un 13,3% afirma consumirlo prácticamente a diario. En el caso de los consumos más habituales, la tendencia es a un incremento notable, ya que de ser consumido habitualmente por uno de cada tres españoles en 1999, pasa a serlo ahora por casi un 50%.

Las mujeres beben menos que los hombres, pero no las jóvenes, que beben tanto como ellos. Casi un 5% de las chicas entre 15 y 19 años está en el grupo de bebedores de riesgo o gran riesgo.

Hay que decir que el consumo de riesgo ha aumentado. Se bebe más cantidad en menos tiempo. 10 centímetros cúbicos de alcohol puro, es decir, una copa de vino, una caña o medio combinado, es la cantidad conocida como unidad de bebida estándar. El consumo de riesgo está en 3 unidades diarias para las mujeres y 5 para los hombres. También es consumo de riesgo tomar 8 unidades en poco tiempo.

Hay más bebedores de riesgo hombres que mujeres, pero solamente en la edad adulta, no en la edad juvenil, insistimos en ello. Más allá del sexo, hay más consumo de riesgo en los jóvenes que en los adultos.

Respecto a la peligrosidad atribuida al alcohol, digamos que quienes ven poco o nada peligrosas las sustancias son minoría, pero una minoría que alcanza el 6,9% para el alcohol. Las mujeres lo perciben ligeramente más peligroso que los hombres, y se aprecian evidentes diferencias según la edad. En efecto sólo un 53,5% de los entrevistados entre 20 y 24 años lo califican como bastante o muy peligroso, cuando la media para el conjunto poblacional español (más de 18 años) es del 66,8%.

<sup>3</sup> Los datos provienen del Dvd de la FAD “Todo sobre el alcohol” editado en 2011.

Entre los 15 y los 19 años, el alcohol no parece peligroso para un 12,3% de los entrevistados. Aunque ocurre algo parecido con el tabaco y el cannabis, en el caso del alcohol parece verse de modo claro que la edad marca diferencias y que la peligrosidad apreciada correlaciona positivamente con el aumento de la edad. Es evidente que hay un gran trabajo de prevención a realizar entre los más jóvenes.

### 3. Reflexiones de futuro

Es preciso ir a la raíz del modo de beber adolescente, lo que supone hablar del modelo de sociedad en el que están creciendo, sociedad asentada sobre la ética del individualismo del presente y la incertidumbre del futuro, (ya antes de la actual crisis de 2008)<sup>4</sup>. En este marco colectivo e individual de búsqueda de puntos de referencia y gratificación, en ese equilibrio entre la incertidumbre y la prescripción de la libertad, los adolescentes se acomodan.

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

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

El alcohol tiene una funcionalidad innegable entre la población adolescente ya que permite jugar con los límites de lo permitido y lo no permitido dentro de las posibilidades configuradas socialmente. Es una sustancia de fácil acceso y cuyo uso por parte de la población adolescente se sostiene sobre el doble mensaje que reciben de la población adulta. Por un lado se maneja el discurso de lo prohibido para la protección de su salud, de lo vetado por cuestión de edad, lo que hace más atractivo a ojos adolescentes su trasgresión, pero también se mira con ojos comprensivos esta trasgresión, precisamente porque se es joven, de tal suerte que ha venido a configurarse como una de las normas que permitimos que no sea cumplida. La sociedad prevé que la normativa prohibicionista del consumo de alcohol puede ser trasgredida y la mirada se vuelve hacia otro lado para “hacer que no vemos” y no incurrir así en nuestra propia contradicción. Es el límite que dejamos que se salten, quizás con el mensaje subliminal nunca expresado de “más vale que beban, al fin y al cabo es nuestra sustancia, a que se dediquen a otras cosas más peligrosas” y para maquillar esta realidad argumentamos con idéntico argumento

---

<sup>4</sup>. Ver por ejemplo nuestro trabajo sobre los valores de los españoles. Javier Elzo y María Silvestre (dirs), Iratxe Arístegui, Miguel Ayerbe, Edurne Bartolomé, Javier Elzo, Francisco Garmendia, José Luis Narvaiza, Raquel Royo, María Luisa Setién, María Silvestre, Manuel M<sup>a</sup> Urrutia, “*Un individualismo placentero y protegido*”. Cuarta Encuesta Europea de valores en su aplicación a España. Edit. Universidad de Deusto. 411 páginas, Bilbao 2010.



adolescente, es la fuerza de la masa, todos lo hacen. Además, pensamos los adultos, también nosotros lo hicimos cuando éramos como ellos, adolescentes y jóvenes. Poco importa que no sea rigurosamente exacto. Incluso bebíamos más al cabo de la semana, pero lo hacíamos más espaciado, todos o casi todos los días y también en la mesa familiar pero, no es menos cierto que la actual población adulta ha modificado su forma de beber, concentrándola en los fines de semana. Imitando y reproduciendo así los actuales modos de beber de los adolescentes con lo que la pregunta que cabe formularse es la de saber quién está socializando a quién en la España de hoy a la hora de analizar los consumos festivos de alcohol.

En todo caso sería improcedente ofrecer una imagen culpabilizante, presentando al adolescente de hoy como un ser antinormativo sólo interesado en emborracharse. En la literatura científica en ciencias sociales es fácil encontrar más de una y dos tipologías de adolescentes que muestran que, entre ellos, hay diferencias individuales notables que están relacionadas con las prioridades de valor y que explican diferentes niveles de riesgo de consumo. También del consumo abusivo. En efecto, hay que señalar que la conducta del consumo abusivo de alcohol está demasiado extendida entre la población juvenil como para concluir que pudiera responder solamente a motivaciones antinormativas. Además, la supuesta anomia no es tanta, si consideramos la adhesión a las normas del grupo y su conducta refleja, en realidad, determinados valores de la sociedad. El consumidor adolescente no es simplemente un gamberro, ni ocupa todo su tiempo en beber. Aunque, manifiestamente, bebe demasiado. Con algunas consecuencias que no son precisamente positivas en la mayoría de los casos. Veamos algunas<sup>5</sup>.

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

Sin embargo los efectos negativos para la salud de los consumos excesivos, así como en algunas personas concretas son evidentes. Limitándonos aquí a la población adolescente, aparece no raramente un cuadro de intoxicación específico de este grupo de edad: la intoxicación atípica o intoxicación patológica en la que se produce una excitación súbita grave con comportamiento irracional o violento incluso después de haber ingerido pequeñas dosis de alcohol. Además, en su caso, es preciso señalar que dado que el consumo de alcohol está asociado, en muchas ocasiones el de diferentes drogas- el tan conocido fenómeno del policonsumo que se constata una y otra vez y se comprueba en los últimos trabajos entre adolescentes- agrava poderosamente los efectos nefastos para su salud.

De ahí la necesaria batería legislativa tanto en el ámbito comunitario, de la Unión Europea, como español y específico a las comunidades autónomas. Para España, recuérdese la prohibición de la venta de alcohol a menores de 18 años con los resultados, en los consumos, que las estadísticas muestran y que hemos indicado ya en estas páginas. También se ha fortalecido el control de la publicidad de bebidas alcohólicas con un doble objetivo de “protección de menores” y de evitar el consumo abusivo en todas las edades. Respecto del primero, que aquí nos ocupa, la regulación estaría enfocada a evitar que la publicidad se dirija expresamente a los menores de forma que no promueva el consumo

---

<sup>5</sup>. Seguimos en este punto, ligeramente actualizadas pues es de 2010, las conclusiones del estudio de Javier Elzo (coord.). Laespada M.T., Choquet M., Elzo J., Megías E., Marina J. A., Fernández-Cruz A., Marco J., Musitu G., Pons J., Gómez, J. D., Campuzano A., Sedano J., Altarriba i Mercader F. X., “*Hablemos de alcohol. Por un nuevo paradigma en el beber adolescente*”. Fundación Alcohol y Sociedad. Edit. Entimema. Madrid 2010

entre ellos; así mismo, la normativa proveniente de la regulación y la auto-regulación procuraría disminuir la exposición de los menores a la publicidad a través de la restricción de medios y/o de horarios/secciones en éstos (por ejemplo, limitando la publicidad en televisión antes de una determinada hora, o prohibiendo la publicidad exterior en cercanía de colegios).

Ahora bien, para abordar con eficacia la situación generada por el consumo abusivo de alcohol por parte de los adolescentes, particularmente, durante los fines de semana y en las vacaciones, no es suficiente, aun siendo imprescindible, la mera actuación reguladora y normativa de los accesos al producto y de la publicidad de los mismos. La labor educativa es clave en los diferentes ámbitos de socialización que está conformando los adolescentes de hoy. Es precisa una actuación integral que abarque los diferentes agentes socializantes y no solamente al modo multifactorial, como un enjambre de acciones independientes entre sí protagonizadas por la familia, la escuela, los medios de comunicación social, las nuevas redes de intercomunicación (las TIC) etc., etc. Todos estos agentes son imprescindibles pero debe haber conjunción entre ellos.

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

Quienes llevamos décadas de nuestra vida profesional trabajando en estos temas hemos comprobado cómo se ha utilizado mucha energía y muchos medios humanos y materiales para poner en práctica programas educativos que reduzcan el consumo de alcohol entre los jóvenes. Los datos nos demuestran que los resultados no concuerdan con los esfuerzos ni satisfacen las expectativas. Pero el estudio de estas experiencias, sin embargo, nos proporciona algunas orientaciones de gran importancia que resumimos aquí brevemente:

- 1.- La prevención basada en la “educación del carácter”, en el “desarrollo de las fortalezas personales”, y en la capacidad para enfrentarse con los problemas y tomar decisiones, es la que resulta más eficaz en el ámbito individual. Incluye una educación en valores morales. Esta prevención tiene como objetivo fomentar una “sabiduría del beber”, es decir, saber disfrutar responsablemente.

- 2.- La prevención inespecífica debe ser completada con una formación específica, informativa, clara y verdadera. Ni laxista ni alarmista.

- 3.- La prevención dirigida a personas individuales debe completarse con el aumento de los factores sociales de protección. Por esta razón, son muchos los agentes que tienen que intervenir en un modelo educativo integral de prevención: familias, docentes, organizaciones sociales, medios de comunicación, confesiones religiosas, etc. El modo más eficaz de organizar todas las acciones dentro de un modelo integrado es elaborar unos planes generales de educación para la prevención del abuso de alcohol a través de los municipios, porque son las entidades que tienen la

posibilidad de movilizar a toda la ciudadanía. Valorar el buen uso del alcohol, y rechazar rotundamente los excesos, desprestigiando la figura del bebedor irresponsable es una meta prioritaria. Es lo que en algunos ámbitos se denomina la prevención positiva.

En efecto hay que potenciar la figura de aquellas personas que no abusan del alcohol, pero que se ven influidas por sus consecuencias, para que ejerzan control y presión sobre los consumidores abusivos. Hay que recordar que, en determinadas situaciones, quienes sufren las consecuencias de este consumo abusivo no son los propios consumidores, como ocurre por ejemplo en un amplio número de accidentes de tráfico. Así como hay fumadores pasivos, reconocidos y protegidos por la sociedad, hay también bebedores pasivos muchos de los cuales están absolutamente indefensos e impotentes. Pensemos en los que viven en los alrededores de los lugares de fiesta nocturna por ejemplo. Cada fin de semana es un suplicio para ellos. Suplicio aceptado por la sociedad adulta que ha priorizado el derecho al ocio nocturno al derecho al descanso. Mas aún al derecho al trabajo de las personas que deben trabajar al día siguiente del ocio nocturno. Y sin olvidar lo que aún es más grave: el caso de las personas que ven venir a su pareja con bastantes copas de más a casa.

Se debe impulsar la intolerancia social respecto al abuso y el consumo indebido de bebidas alcohólicas, con el objetivo de modificar los hábitos de consumo y potenciar estilos de vida saludables. Por cierto y, en contra de lo que se piensa, la salud (tener buena salud) es una de las prioridades vitales, también de los menores.

Se considera, asimismo, necesario diferenciar –de entre los jóvenes que, de forma indebida consumen bebidas con alcohol- aquellos que abusan del alcohol de forma transitoria de aquellos que lo hacen de forma persistente. Estos últimos, en muchos casos, ya han comenzado en la niñez a presentar conductas desadaptativas como violencia, problemas de integración, etc., con lo que habría que intervenir desde edades tempranas, particular y especialmente, con las propias familias

Por otra parte, hay que desterrar la idea de que el consumo excesivo de alcohol es sinónimo de mayor disfrute en los momentos de ocio y tiempo libre. Estudios científicos recientes demuestran que, según valoraciones hechas por los propios jóvenes, aquellos que se sobrepasan en el consumo de alcohol dicen disfrutar mucho menos que los que no consumen o lo hacen de forma moderada y responsable.

En fin, es importante utilizar canales de comunicación propios de la juventud, además de los habituales. Por ello, es conveniente aprovechar las actuales tecnologías de la información (Internet, Redes Sociales, etc.) para transmitir mensajes que permitan al joven sentirse interpelado en su propio código. Además, estos canales son un medio rápido y eficaz para comunicar con un amplio número de receptores

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

No hay que olvidar, tampoco, que, a tenor de diferentes encuentros y reflexiones internacionales, la industria productora de bebidas con contenido alcohólico es un interlocutor válido y necesario a la hora de desarrollar iniciativas destinadas a reducir las consecuencias de un consumo indebido de bebidas alcohólicas. Estas empresas y sus correspondientes entidades asociativas promueven campañas para fomentar el consumo responsable de sus productos, como parte interesada en que este consumo se constituya como un estándar social, sin ocasionar daños derivados. Es necesario comprender que, hoy en día, la responsabilidad de las empresas no se limita a generar beneficios, sino que éstas deben atender a las necesidades de otros grupos con los que se relacionan y a los

que afecta el desarrollo de su actividad, tales como los consumidores de sus productos y la sociedad en general. Piénsese, por ejemplo, en las campañas promovidas por la Fundación Alcohol y Sociedad en orden a la educación escolar y en promover que las personas que conduzcan no beban.

En definitiva, en una sociedad cambiante y acelerada como la nuestra, es preciso definir y objetivar, constante y continuamente, la situación del momento, corregir las alarmas manipuladoras, definir preocupaciones razonables, compartir la responsabilidad, dedicar verdaderos esfuerzos continuados y evaluados en el tiempo, dialogar buscando un consenso de las diferentes posturas y los diferentes intereses, resistir la tentación de la demagogia, contextualizar los fenómenos en su auténtica dimensión... Si las intervenciones dependen fundamentalmente de la representación social, será necesario alcanzar una representación respecto del fenómeno del consumo de alcohol en los adolescentes que sea más reflexiva y más ajustada a la realidad, y que permita tomar decisiones más eficaces para abordarlo. Es el desafío que la sociedad española tiene por delante. No hay atajos.

San Sebastián, febrero de 2012

Javier Elzo

Catedrático Emérito de Sociología de la Universidad de Deusto.

## MESA REDONDA:

### “L'ALCOHOL, ELEMENT DISTORSIONADOR DE LES RELACIONS SOCIALS”

**MODERA: D. Víctor Agulló Calatayud**

*Departament de Sociologia i Antropologia Social. Universitat de València.  
Unitat d'Investigació Social i Sanitària (UISYS). Universitat de València-CSIC.*

Bon dia a tots i totes, en primer lloc m'agradaria agrair a tots els assistents que ens acompanyen avui la seua presència en aquestes vintenes Jornades sobre Alcoholisme, organitzades per l'Ajuntament de València, el Pla Municipal de Drogodependències, la Fundació d'Ajuda contra la Drogoaddicció (FAD) i la Universitat de València. També un agraïment molt especial als ponents que participen en aquesta taula redona, vista la seua sòlida i extensa trajectòria investigadora i l'experiència en la temàtica que ens ocupa.

Malgrat tenir tots unes agendes molt atapeïdes, han fet un esforç molt important per compartir els seus coneixements amb tots nosaltres. Volguera també agrair a l'Ajuntament de València i a totes les entitats organitzadores d'aquestes jornades la seua amable invitació per a moderar la taula.

Entrant ja en matèria, el tema que ens ocupa a continuació, «**L'alcohol, element distorsionador de les relacions socials**», resulta de candent actualitat i sobre el qual val la pena parar especial atenció. No debades el consum d'alcohol és un dels principals problemes socials i de salut pública a què s'enfronta la societat actual. Es tracta d'un hàbit, com bé coneixem, que es troba fortament influenciat pel context econòmic, social i cultural, encara que l'opinió pública no concebia el seu consum com una problemàtica de primer ordre, a pesar de ser la droga més consumida i la que més problemes sanitaris, socials, familiars i econòmics genera.

Per tant, en el context sociopolític i històric que ens trobem en l'actualitat, resulta del tot pertinent actualitzar la nostra mirada i els nostres coneixements sobre la qüestió tenint en compte no sols les seues implicacions amb la salut sinó també considerant l'enorme despesa que suposa per a l'erari públic el consum d'alcohol. No oblidem que es tracta de la substància el consum de la qual es troba més estès a escala mundial i, segons l'Organització Mundial de la Salut (2011), s'estima que el 4% de la mortalitat mundial és atribuïble directament a l'alcohol. A més, d'acord amb la mateixa font, és la causa directa d'entre el 20-50% de les cirrosis hepàtiques, epilèpsies i diversos tipus de càncers, entre els quals destaquen els d'esòfag, fetge, boca i orofaringe, mamella, còlon i recte.

Més encara: per damunt de 60 tipus de malalties es troben directament relacionades amb la seua ingesta i afecten directament les relacions socials, atès que es vinculen amb altres greus problemes, com són els accidents de trànsit --principal factor de mortalitat viària en nombrosos països (Skog, 2001; Reynaud *et al.*, 2002)--, conductes antisocials, baix rendiment en el treball i sinistralitat laboral, abusos i ruptures familiars, suïcidis, homicidis i conductes delictives. De la mateixa manera, és un dels factors de risc més importants de minusvalidesa a escala mundial i, de fet, una gran part de les discapacitats atribuïdes a l'alcohol són degudes tant a lesions intencionades com no intencionades (Rehm *et al.*, 2003). Aquestes problemàtiques derivades de l'esmentat consum es mostren de forma prevalent en les classes socials menys afavorides i persisteixen, a més, enormes diferències entre els patrons de consum d'alcohol en funció de variables ètniques, religioses i geogràfiques (Rubio i Megías, 2001) que afecten igualment en gran manera la població immigrant en especial quan pateixen situacions de desocupació, pèrdua de xarxes socials, conflictes familiars i l'estigma de la discriminació social (Morales, 2010).

Convé recordar així mateix que diversos treballs han cridat l'atenció sobre l'escassa representativitat, desenvolupament i difusió internacional dels estudis en relació amb el consum d'alcohol als països en via de desenvolupament (en especial Amèrica central, Sud-amèrica i Àfrica), que suposen el 87% de les càrregues associades a aquesta conducta addictiva (González *et al.*, 2012; Rajendram *et al.*, 2005; Obot, 2005). El nombre de dependents d'alcohol d'un país està directament associat al consum *per capita* d'alcohol d'aqueixa població (Rubio i Megías, 2001). En aquest sentit, Espanya és un dels països on el consum d'alcohol i els seus problemes associats adquireixen una gran importància, no sols per l'alt nivell de producció d'alguns tipus de begudes alcohòliques (tercer país en producció mundial de vi, i el desè en producció de cervesa), sinó també per l'elevada prevalença del seu consum i per l'ampli arrelament social que aquest hàbit té en la comunitat (World Health Organization, 2008; Robledo, 2002), amb una percepció social positiva i fins i tot distingida en alguns casos (de Miguel i de Miguel, 2002). Un altre aspecte preocupant és la seua major presència entre la població desocupada enfront de la població activa i la creixent prevalença del consum entre les dones. En relació amb el policonsum de substàncies psicoactives, val a dir que en el 90% dels casos hi té presència l'alcohol.

Aquesta àmplia varietat de problemàtiques associades al consum d'alcohol el situen com una de les àrees prioritàries d'atenció per part de les polítiques científiques i això implica que siga una àrea de coneixement multidisciplinària abordada per nombroses especialitats, tant de l'àmbit de les ciències socials com de les ciències de la salut, que inclou investigacions bàsiques, estudis epidemiològics, polítiques preventives i de salut pública, assajos clínics i tractament de pacients (Edwards, 2002).

Si ens endinsem en la nostra realitat més pròxima, a la Comunitat Valenciana, el consum d'alcohol ha estat associat tradicionalment a usos cosmètics, medicinals i sobretot euforitzants i psicotròpics que han sigut un ingredient fonamental de la cultura popular i festiva valenciana. Per a una excel·lent recopilació respecte d'això es pot consultar el monogràfic de la revista *Caramella* «Alcohol i cultura popular» (2005).

Nogensmenys, en l'actualitat molt a sovint el seu consum transcendeix l'àmbit estrictament festiu per a convertir-se en una finalitat en si mateixa i val a dir que els joves valencians, any rere any, s'inicien en el seu consum en edats cada vegada més primerenques i comptem en 2011 amb un 65% dels escolars entre 14-18 anys que han consumit alcohol durant el darrer mes, i d'ells, un 32% en forma compulsiva. En l'últim decenni, els joves que ingressen als hospitals per intoxicacions derivades de l'alcohol s'han multiplicat per deu. La freqüència d'episodis de consum intensius d'alcohol (borratxeres), afecta ja més d'una quarta part de la població espanyola entre 15 i 64 anys, en una tendència que augmenta any rere any i, com recordava anteriorment el professor Javier Elzo, fan de la prohibició de la venda d'alcohol a menors de 18 anys la llei més incomplida d'Espanya.

Alguns factors de protecció del consum d'alcohol entre els joves que han sigut identificats serien la participació en activitats esportives, la cohesió de l'estructura familiar o que pares i fills passen temps junts i participen en activitats comunes (Thorlindsson *et al.*, 2007).

En definitiva, és necessari actualitzar la mirada sobre la qüestió i reflexionar entre tots els actors implicats: administracions públiques, famílies, policia, sociòlegs, publicistes, psicòlegs, educadors, docents, congregacions religioses, treballadors socials i mitjans de comunicació així com propietaris de restaurants o pubs per, entre tots, adoptar una visió holística del problema pensant en el llarg termini, de cara a estar més preparats per al futur.

## Bibliografia

- De Miguel, A. i De Miguel, I. (2002). *Saber beber, saber vivir. Opiniones de los españoles sobre la ingesta de alcohol y otros usos sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Edwards, G. (2002). *Addiction: evolution of a specialist field*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- González Alcaide G., Castelló Cogollos L., Castellano Gómez M., Agulló Calatayud V, Aleixandre Benavent R., Álvarez FJ. i Valderrama Zurián JC. (2012). "Scientific publications and related research groups on alcohol consumption and related problems worldwide: authorship analysis of papers indexed in Pubmed and Scopus databases". *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*.
- Morales C. (2010). *Factores asociados con la disminución, aumento y mantenimiento del consumo de alcohol perjudicial o de riesgo en inmigrantes latinoamericanos residiendo en la Comunitat Valenciana*. Tesis doctoral. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de València.
- Obot IS. (2005). "Closing the gap: the promise and challenges of addiction journal publishing in Africa". *Addiction*; 100 (9): 1210-1.
- Rajendram R, Lewison G i Preedy VR (2005). Worldwide alcohol-related research and the disease burden. *Alcohol Alcohol*; 41(1):99-106
- Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., et al. (2003). "The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking". *European Addiction Research*, 9 (4), 147-156
- Reynaud M, Le Breton P, Gilot B, Vervialle F i Falissard B (2002). "Alcohol is the main factor in excess traffic accident fatalities in France". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*; 26 (12): 1833-1839.
- Robledo, T. (2002). "Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa". *Adicciones*, 14 (1), 303-315.
- Rubio Valladolid G i Megías Valenzuela E. (2001). "Epidemiología y etiología de los trastornos por uso de alcohol". En: *Curso de especialización en alcoholismo*. G. Rubio, J. Santo-Domingo (coords). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Skog OJ. (2001). "Alcohol consumption and mortality rates from traffic accidents, accidental falls, and other accidents in 14 European countries". *Addiction*; 96 (suppl 1):S49-58.
- Tapias P., Portet A., Orriols X., Coderch JJ., Ayats J., Frechina JV., et al. (2005). "Alcohol i Cultura popular". *Caramella*. Massalfassar: Gràfiques del Matarranya.
- Thordlindsson T, Bjarnason T i Sigfusdottir, ID. (2007). "Individual and Community Processes of Social Closure. A study of Adolescent Academic Achievement and Alcohol Use". *Acta sociologica* vol. 50(2): 161-178.
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.





## PONENCIA:

### “EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MADURACIÓN CEREBRAL DEL ADOLESCENTE”

**Dra. D<sup>a</sup>. Consuelo Guerri Sirera**

*Jefa de Laboratorio de Patología Celular  
Centro de Investigación Príncipe Felipe*

Buenos días. A lo largo de mi intervención, voy a tratar de daros evidencias científicas de por qué el cerebro del adolescente es especialmente vulnerable a los efectos del alcohol. Creo que la sociedad debe tener información sobre el alcohol. Por lo general, se sabe que el alcohol es teratógeno, anestésico, hepatotóxico, aumenta el riesgo de cáncer, produce cirrosis, alteraciones en el páncreas, y es cardioprotector, pero hasta un cierto límite, todo va a depender de cuánto y cómo se utilice.

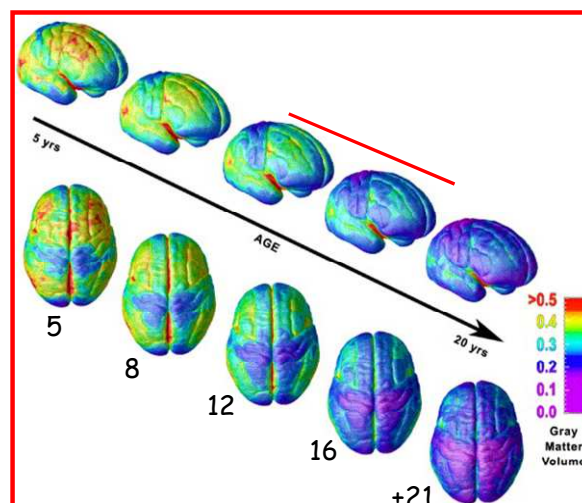
Hoy vamos a hablar fundamentalmente de cómo afecta el consumo de alcohol en el cerebro de los adolescentes. Existen nuevos datos científicos que nos demuestran que la adolescencia es una fase importante en el desarrollo del cerebro.

Hasta hace unos años creíamos que el cerebro del adolescente había completado su maduración. Los estudios de neuroimagen han demostrado que la adolescencia es un periodo de importantes cambios en la maduración del cerebro. La maduración del cerebro no es completa hasta los 21-25 años y ocurre desde la zona posterior a la anterior del cerebro.

#### **Maduración de las diferentes áreas de cerebro:**

- 1.- Áreas relacionadas con los sentidos y el movimiento.
- 2.- Áreas: orientación espacial, lenguaje y atención (11-12 años).
- 3.- Áreas: Funciones de integración de los sentidos, razonamiento y funciones de ejecución (lóbulos frontales). (13-21 años).

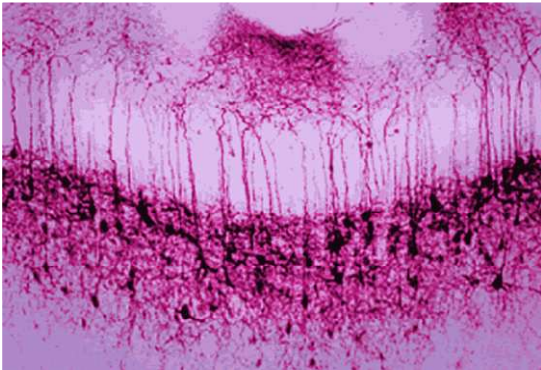
**Cambios secuenciales durante la maduración del cerebro: modificaciones en la materia gris de la superficie cortical.** Las zonas en azul representan zonas maduras mientras que las rojas representan las inmaduras. En general, se observa una disminución de la materia gris (neuronas) y un aumento de la materia blanca (células gliales):



*Toga et al., Mapping brain maturation, TRENDS Neurosci, 2006*

## Plasticidad cerebral durante la adolescencia:

El cerebro humano posee alrededor de 100.000 millones de neuronas. La interconexión entre las neuronas y su modulación es esencial para el buen funcionamiento de procesos cerebrales complejos como el aprendizaje, la memoria o el desarrollo.



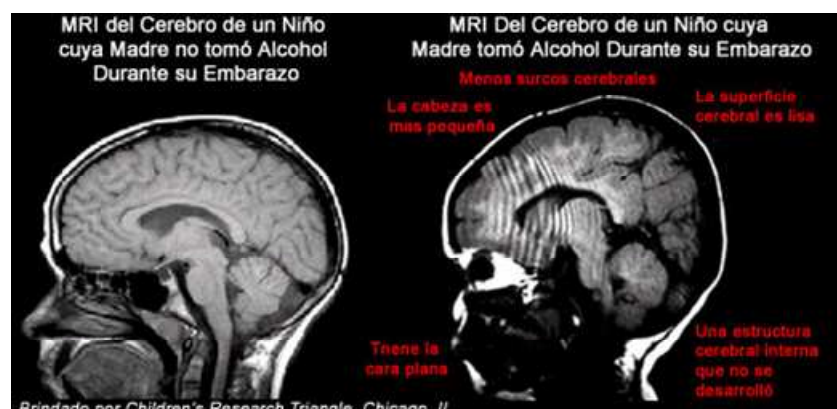
*“El cerebro del adolescente posee una gran plasticidad o capacidad de modificar los patrones de conexiones cerebrales (formación y eliminación de sinapsis) que son esenciales en los procesos de memoria y aprendizaje”.*

## Las consecuencias del consumo de alcohol durante la adolescencia están íntimamente relacionadas con el desarrollo cerebral:

- 1- Neurotoxicidad y alteraciones cognitivas/ conductuales
- 2- Vulnerabilidad al aumento del riesgo del uso y dependencia al alcohol y a otras drogas

## Alcohol y desarrollo del cerebro:

El etanol es uno de los tóxicos más importantes que afecta al cerebro en desarrollo. Alteraciones cognitivas y estructurales se observan en individuos expuestos durante la fase prenatal o postnatal al etanol, sugiriendo que los efectos del etanol durante el desarrollo del cerebro son IRREVERSIBLES.



*Reducción en la corteza prefrontal y cuerpo calloso, con hipoplasia de la materia blanca, son algunas de las alteraciones estructurales que se observan individuos con SAFD*



*Niño con Síndrome Alcohólico Fetal*

### **Durante la adolescencia se producen:**

Importantes cambios en las hormonas gonadales que influyen los circuitos neuronales que median el dimorfismo sexual en cerebro.

Diferentes sistemas de neurotransmisión presentan un máximo de actividad durante la adolescencia (DA, 5HP, ACh, NMDA) y disminuyendo gradualmente hasta llegar a la fase adulta.

Durante este periodo se produce una hiperreactividad de los circuitos que controlan la motivación a los estímulos externos (sistema mesolímbico dopaminérgico), que junto con una reducción del control inhibitorio (corteza prefrontal), pueden contribuir al inicio y abuso del consumo de alcohol y otras drogas.

Características comportamentales de los adolescentes:

- Explorar nuevas experiencias
- Búsqueda de nuevas sensaciones
- Exploración de situaciones de riesgos ( pobre inhibición)
- Interacciones sociales y nuevas amistades

Este desequilibrio conlleva:

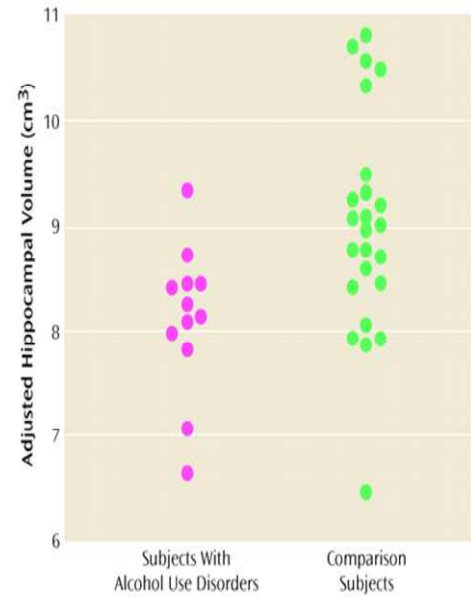
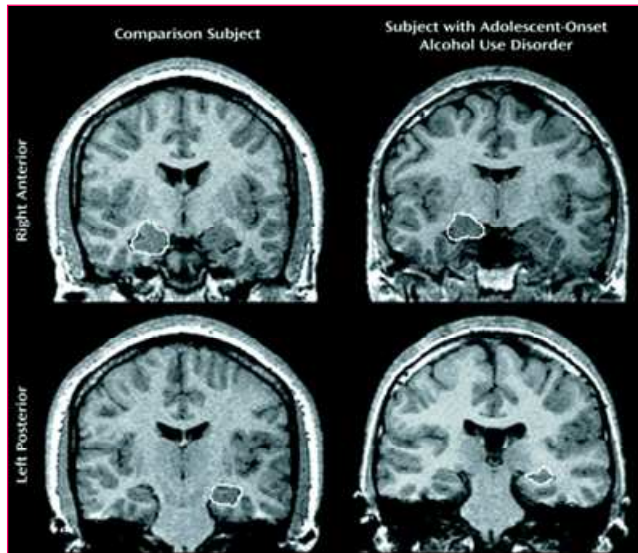
- ↓ Planificación en las decisiones
- ↓ Autocontrol
- ↑ Conductas de riesgo
- ↑ Impulsividad

### **Efecto del alcohol durante la adolescencia:**

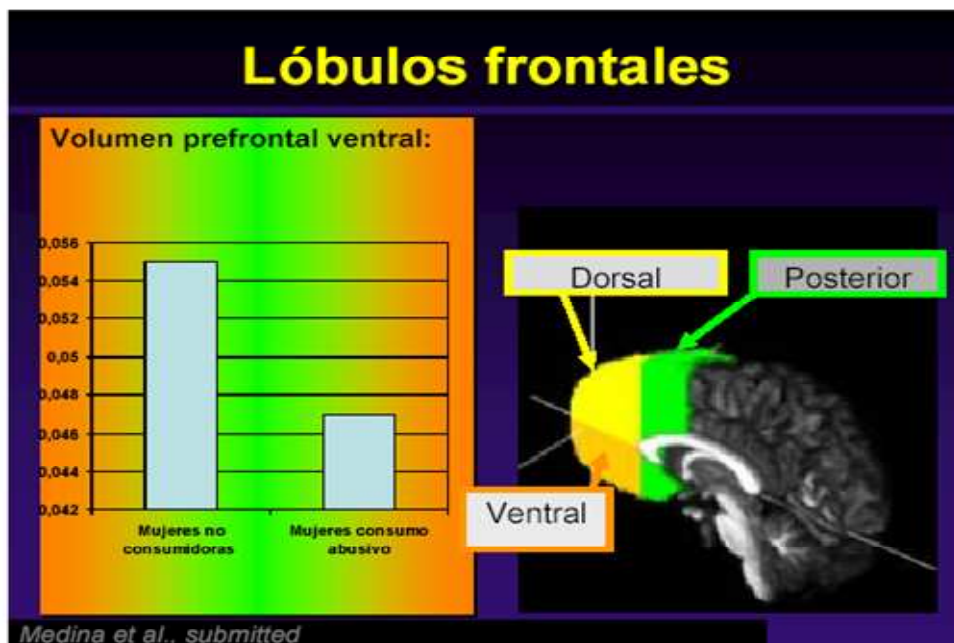
En comparación con el adulto, el consumo intermitente de altas cantidades de alcohol:

- Parece afectar en mayor grado la función del hipocampo, alterando los procesos de memoria aprendizaje, tareas importantes durante esta fase del desarrollo.
- En el adolescente, el alcohol puede causar alteraciones en la atención y en la capacidad de realizar tareas (corteza prefrontal)
- Sin embargo, el cerebro adolescente es menos sensible a los efectos depresores y motores del alcohol que el adulto.

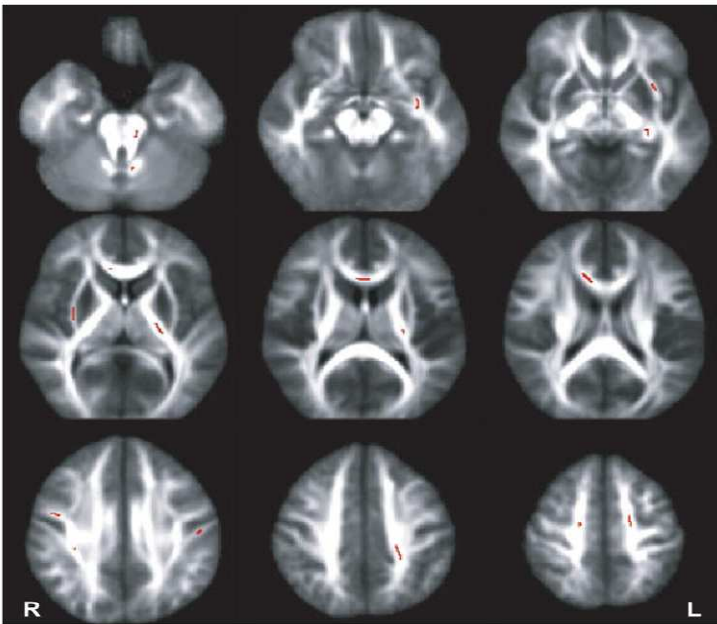
Imágenes de cerebro en donde se muestra una reducción del hipocampo en sujetos adolescentes con un abuso de alcohol de forma intermitente:



Volúmenes del Córtex Prefrontal en adolescentes con abuso de alcohol. Diferencias de género:



La integridad de la materia blanca se altera en adolescentes con un consumo de alcohol “binge drinking” (Diffusion Tensor Imagen)



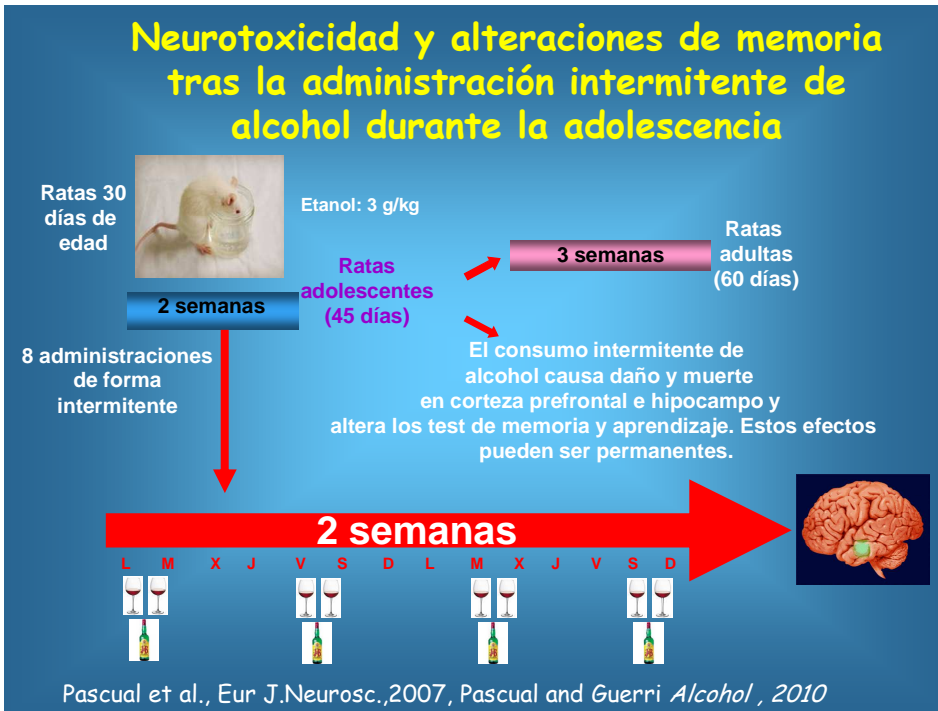
- Cuerpo calloso
- Corona radiata
- Proyecciones de las fibras corticales
- Proyecciones del sistema límbico

*McQueeney et al, Alcohol.Clin.Exp.Res, 2009*

### **Preguntas que nos planteamos:**

- 1- ¿Por qué el consumo de alcohol durante la adolescencia afecta a determinadas áreas del cerebro?
- 2- ¿Cuál es el mecanismo de la toxicidad del etanol en el cerebro adolescente y qué consecuencias conductuales puede tener?
- 3- ¿Los efectos del etanol en el cerebro adolescente son reversibles?
- 4- ¿Qué mecanismos están implicados en la relación consumo de alcohol durante la adolescencia y la mayor predisposición a un posterior abuso de alcohol?

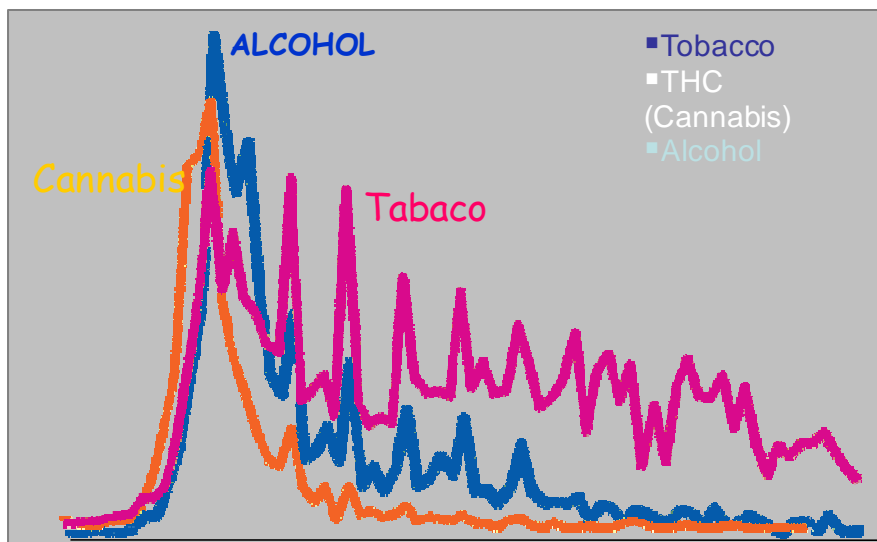
**Neurotoxicidad y alteraciones de memoria tras la administración intermitente de alcohol durante la adolescencia.**



### Adolescencia y vulnerabilidad al consumo y abuso de alcohol y de otras drogas.

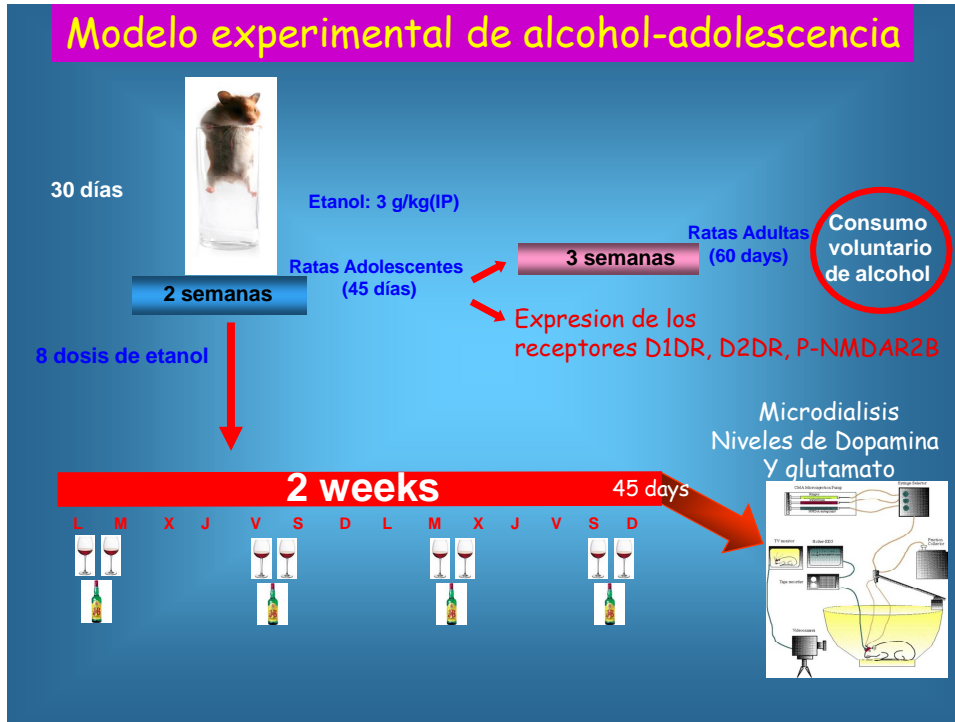
Los antecedentes familiares de alcoholismo y la edad de inicio del consumo de alcohol se relacionan con la prevalencia de la dependencia de alcohol.

La adicción es una enfermedad asociada al neurodesarrollo. Comienza en la fase de la juvenil/adolescencia. La edad de inicio de consumo de cada droga se asocia con alto riesgo de dependencia antes de los 25 años.



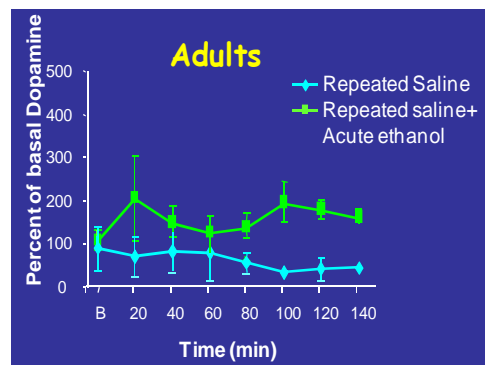
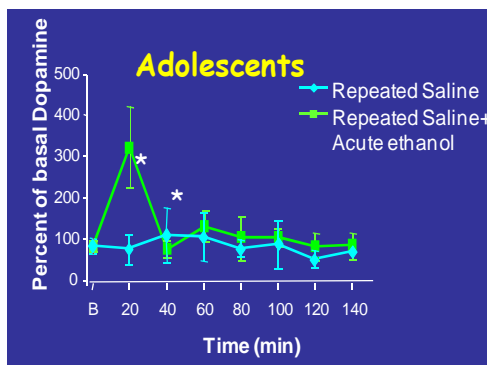
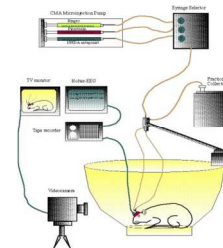
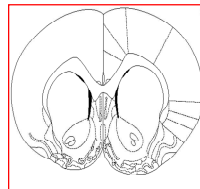
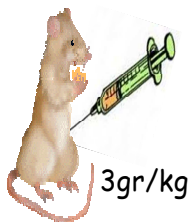
Source: NIAAA National Epidemiologic Survey on Alcohol & Related Conditions, 2003.

## Modelo experimental de alcohol-adolescencia



**El alcohol induce mayores incrementos de dopamina (DA) en el Núcleo Accumbens (NAc) de los animales adolescentes que en los adultos.**

La vía dopaminérgica mesolímbica participa en las propiedades de refuerzo que inducen las drogas, incluyendo el alcohol. Hemos investigado si la respuesta dopaminérgica, a una misma dosis de alcohol, es la misma o es diferente en animales adolescentes y en adultos.



**CONCLUSIONES:**

- El abuso de alcohol en pocas horas y de forma intermitente durante la fase juvenil/adolescente puede causar daño y muerte de células neurales en regiones cuya maduración ocurre en este periodo, como la corteza prefrontal y el hipocampo
- La toxicidad del etanol podría alterar la plasticidad cerebral y modificar de forma irreversible ciertas regiones cerebrales en el adolescente
- La neurotoxicidad inducida por el consumo de alcohol durante la adolescencia se asocia con alteraciones en procesos cognitivos, incluyendo memoria espacial y no espacial y procesos de aprendizaje. Estas alteraciones cognitivas son permanentes

La precocidad en el inicio del consumo de alcohol y de otras drogas, así como el nuevo patrón de consumo que está adquiriendo la población adolescente y juvenil, puede conllevar a graves problemas relacionados con la adicción al alcohol y el uso de otras drogas.

- El consumo de alcohol lleva asociado el consumo de otras sustancias legales e ilegales
- Necesidad de intensificar estrategias de intervención para prevención de consumo

## MENSAJES Y RECOMENDACIONES

- Promover actividades que favorezcan el desarrollo saludable del cerebro
- Ayudar a los jóvenes con retos que requieran planificación
- Reforzar su autoestima frente a la de otros
- Educar en los riesgos y las consecuencias negativas del consumo abusivo de alcohol
- Nunca infravalorar los efectos del consumo de alcohol o de otras drogas durante la adolescencia

Finalmente, aunque el consumo moderado de alcohol en el adulto puede tener ciertos efectos beneficiosos en enfermedades cardiovasculares,



***“El abuso de alcohol y el nuevo patrón de consumo que están adquiriendo los jóvenes, puede conllevar bajo rendimiento escolar y graves problemas relacionados con la adicción al alcohol y el uso de otras drogas”***



*El anagrama de la Organización Mundial de la Salud indica:*

***“Alcohol cuanto menos mejor”***



## **PONENCIA:**

# **“ABORDAJE ACTUAL DE LA PUBLICIDAD DEL ALCOHOL, ¿QUÉ PASA CON LA LEY?”**

**D. Ricardo Pérez Gerada**

*Médico. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)*

*Ayuntamiento de Valencia*

El Ayuntamiento de Valencia desde el año 1985 hasta la actualidad interviene en la prevención del consumo de drogas tanto legales como ilegales a través de los Programas del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD), con actuaciones que se desarrollan en los ámbitos Comunitario, Escolar, Familiar y en Alternativas de Ocio y Tiempo Libre.

El alcohol es una droga legal. Su venta, promoción, distribución y consumo, todo ello está regulado por normas tanto internacionales, nacionales, autonómicas, como locales. A pesar de esta regulación, su uso provoca múltiples contradicciones tanto a nivel social, como familiar, legal, etc. De ello tenemos múltiples ejemplos como:

- Para el POLÍTICO, el vino es un alimento. La cerveza y los licores, no.
- En las muertes por accidente de tráfico, su consumo, es un agravante y en las de VIOLENCIA DE GÉNERO, un atenuante.
- “Se vende” como un producto natural y saludable pero “su consumo” es perjudicial en multitud de casos: Embrión, neuronas, conducción,.....
- No se incluye en el PNsD 1985 la asistencia por consumo de alcohol .....hasta el PNsD 1996 y la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 del PNsD, que sí lo contempla.

Vemos pues que el alcohol es un elemento distorsionador de las relaciones sociales. La problemática que produce su consumo a nivel mundial es tal que los países firman acuerdos internacionales para prevenir tanto las consecuencias de su abuso como de la adicción que puede generar. Un ejemplo de ello es el “El Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005, que fue ratificado en la 49 sesión del Comité Regional para Europa de la OMS, el 13-17 de septiembre de 1999 en Florencia.

Numerosos trabajos científicos consideran que la publicidad de alcohol es uno de los FACTORES de RIESGO más influyente en la instauración de los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes. Esta publicidad se apoya paradójicamente, en la defensa de la “libertad individual”, en la “capacidad de elección” y en la “responsabilidad” que tiene el consumidor para decidir, con eslóganes como “la decisión es tuya, disfruta con inteligencia”, como si “el bombardeo” publicitario no ejerciera ninguna acción sobre la actitud del receptor con capacidad de crear nuevos comportamientos.

Su publicidad se realiza a través de múltiples vías, no sólo por medio de los soportes publicitarios tradicionales, sino invirtiendo grandes cantidades de dinero, directa o indirectamente, en los eventos deportivos, musicales, festivos, culturales, etc. Sus objetivos, básicamente son:

- Vender más.
- Captar nuevos consumidores.
- Mantener la fidelidad de los ya existentes.
- “Normalizar” la presencia y consumo de alcohol en la sociedad.

Por ello nos planteamos desde el PMD el abordaje de la publicidad del alcohol desde la aplicación de la Ley.

La acción sobre la publicidad de alcohol que ejerce la Unidad de Prevención Comunitaria del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia se apoya básicamente en:

- El artículo 43 de la Constitución Española (CE) que “Reconoce el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos”. Los poderes públicos ejercerán las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios para ello.
- El artículo 39. 4 de la CE: “Protección de la infancia conforme a los acuerdos internacionales”.
- El artículo 16. 1.g) del Decreto Legislativo del Gobierno Valenciano 1/2003, de 1 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos que prohíbe situar publicidad de alcohol a menos de 200 metros lineales de centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, los centros de enseñanza, tanto públicos como privados, que impartan enseñanzas regladas o no regladas, así como los centros y espectáculos destinados mayoritariamente a público menor de 18 años.

A nivel estatal hay diferentes normas legales que regulan la publicidad de alcohol. Básicamente podemos nombrar las siguientes:

1. Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, que considera ilícita:
  1. La publicidad que atente contra la dignidad de las personas.
  2. La publicidad engañosa.
  3. La publicidad desleal.
  4. La subliminal

Y establece como restricciones:

1. Prohíbe la publicidad de alcohol de más de 18/20 grados en la Televisión.
  2. La prohíbe en aquellos lugares que está prohibida su venta.
  3. No puede estar dirigida a menores de edad ni estos pueden aparecer consumiéndolo.
2. Ley 25/1994, de 12 de julio, de Actividades de Radiodifusión, conocida como “Ley de la televisión sin fronteras”, donde se considera que la publicidad:
    1. No les deberá incitar a la compra.
    2. No deberá explotar su especial confianza en sus padres, profesores u otras personas.

Ante esta regulación la industria del alcohol irrumpe a nivel social a través de diferentes mecanismos:

**A.- PUBLICIDAD:** En los últimos años, esta industria, ha dirigido sus esfuerzos publicitarios en buscar nuevos clientes entre los adolescentes y las mujeres; meta que ha conseguido.

El consumo de alcohol ha penetrado cada vez más en la sociedad, considerándose “normal” su uso en múltiples circunstancias aunque ello suponga un riesgo, convirtiéndose así en un problema de Salud Pública y en muchas circunstancias de Seguridad Ciudadana.

Ante los mecanismos de regulación del mercado que se han establecido, para minimizar la problemática que produce, la industria del alcohol establece una serie de mecanismos que hay que tener en cuenta en el momento de evaluar sus actuaciones desde el punto de vista de la Salud Pública:

- Su gran dinamismo para adaptarse a los escenarios legales.
- Las ingentes cantidades de dinero que invierte en la promoción del consumo de sus productos.
- El sistemático incumplimiento de la normativa vigente que realizan algunas empresas de publicidad y todas las de soportes publicitarios, aprovechando la ausencia de mecanismos de control y sancionadores efectivos (desde el 2003 tenemos numerosas sentencias judiciales a favor de la acción inspectora del PMD y en contra de dichas empresas, que avalan esta afirmación).

Uno de los mecanismos que la industria del alcohol instauró en el año 2000 y que refuerza lo anteriormente dicho, es el “Código de Autorregulación”: Diferentes informes indican que su objetivo básico es:

- Mejorar la imagen de los fabricantes frente a los ciudadanos.
- Es de adscripción voluntaria por parte de las empresas y generalmente su incumplimiento no supone la adopción de sanciones.
- Intentar evitar la adopción de medidas legales más duras o restrictivas.
- Todo lo que establece está ya mayoritariamente regulado por Ley.

**B.- INFORMACIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES:** Para poder realizar actividades de información sobre el uso de su producto la Industria del alcohol, tanto la de espirituosos como la cervecera, la de los vinos, crean estructuras que se dedican a la información como por ejemplo “La Fundación Alcohol y Sociedad”: perteneciente a la FEBE (Federación Española de Bebidas Espirituosas). Estas les permiten acceder a menores en edad escolar.

Su objetivo, como ellos mismos dicen, es: **“Promover hábitos responsables en el consumo de bebidas con contenido alcohólico”** en los colegiales a través de:

- Programas Pedagógicos, tipo:

“Adolescentes y Alcohol”.  
“Las caras del alcohol”.

- Escuelas de Charlas para Padres y Madres

Consideramos que la idea motriz de la Industria del alcohol, es el mensaje que se transmite a través de los “Códigos de Autorregulación” y que se plasman en todos sus anuncios publicitarios, que desde el **“Bebe con moderación...”**, se ha pasado al de **“Disfruta...”**, o recomendando el consumo responsable de **bebidas con contenido alcohólico**.

Estos eslóganes utilizan de manera sistemática el “imperativo” **¡Bebe! ¡Disfruta!**. Este mensaje se emiten de múltiples maneras pero todas ellas se centran en la “moderación” y la “responsabilidad” del que las consume. Ante esto, todos somos responsables.

**C.- “PATROCINIO/MECENAZGO”:** La industria del alcohol realiza GRANDES INVERSIONES tanto económicas como de movilización de medios de comunicación en acciones que resulten muy atractivas a los ciudadanos. Esto le permite presentarse tanto

como “mecenas” de actos culturales y de actos sociales, como “patrocinadores” de eventos con lo que adquiere influencia social al mismo tiempo que crea la “necesidad” de su participación para poder desarrollar múltiples acontecimientos y así adquieren mayor capacidad para difundir y publicitar sus productos con lo que aumentan sus ventas y sus ingresos económicos.

- Invierten en acciones que contribuyen a establecer una imagen positiva del producto y de la marca, como:
- La inversión, que no patrocinio, de eventos deportivos (La OMS dice que “la promoción del consumo de alcohol a través del deporte es una de las más perniciosas formas de marketing y sin duda una de las más utilizadas en todos el mundo.”).
- La vinculación a deportistas o a deportes de éxito, lo que estimula en sus seguidores el deseo de identificación o emulación a través del consumo del producto al que se asocia su imagen.
- La inclusión de publicidad encubierta en películas, series de TV, etc.
- La participación de eventos musicales.
- La realización de campañas de “prevención” para jóvenes, financiadas por la propia industria en colaboración con diferentes instituciones públicas o privadas... (mejorando así su propia imagen...)

Así tenemos, por ejemplo, su participación en la nada atrayente Campaña Institucional de la Dirección General de Tráfico (DGT) del “**SI NO BEBES, TU CONDUCES**” y que aparece en su Revista Tráfico:



Comentarios a la imagen publicitaria:

Partiendo de la idea de que “los detalles” en las imágenes publicitarias nunca son casuales ni gratuitos, observamos entre otros que:

- El conductor alternativo está en posición de taxista servicial, no integrado en el grupo.
- Su imagen personal es la menos atractiva de todas a los ojos de cualquier joven (cara, físico, sólo, etc.).
- En una campaña institucional como ésta, el conductor no lleva el cinturón de seguridad obligatorio.
- “Si no Bebes, tú Conduces”, “pringao” se podría añadir.
- El pasajero del asiento de detrás “goza” de la compañía de una chica con una botella que se supone que es de alcohol de alta graduación en posición fálica y cogida con las manos de ambos.

- Transmite una imagen de que cuando uno viene de “fiesta” vuelve necesariamente borracho.

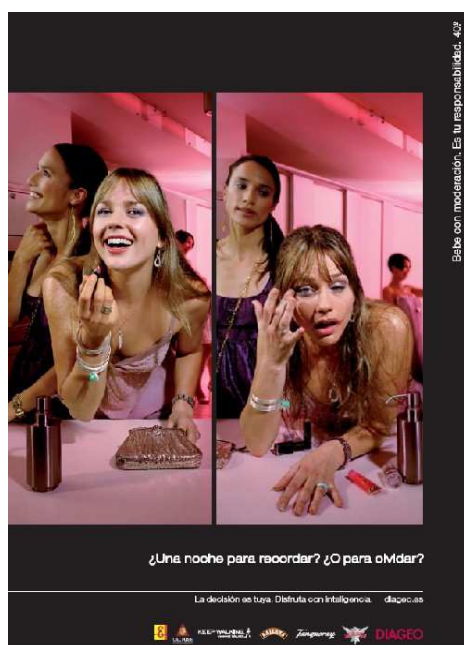
En esta otra campaña: “**LOS NOC TURNOS**”, la imagen es más risueña, pero paradójicamente el único objeto que se relaciona con el ALCOHOL es el VOLANTE.

¡Qué casualidad!



Esta otra campaña: “**¿Una noche para recordar? ¿O para olvidar?**”, es de la FEBE. (Federación Española de Bebidas Alcohólicas).

La imagen que se plasma tras el consumo nos traslada a un lugar, un WC, donde no existe ni un vaso con una bebida alcohólica, ni una botella, ni hay ninguna imagen alusiva al alcohol. Tanto el color de la imagen, la luz, nos traslada sutilmente a otros tipos de consumos, y no de alcohol específicamente, por lo que el mensaje es engañoso.



Se puede correr el riesgo en el momento actual, que las Administraciones Públicas deseadas de publicitar sus actividades, y ante las dificultades económicas existentes en la sociedad, los PATROCINADORES se puedan convertir a través de las actividades publicitarias en los

ACTORES PRINCIPALES de la mismas y la presencia de las Administraciones Públicas en co-participantes en las Campañas invirtiéndose así los términos.



Cartel Realmente Publicitado



Cartel "Posible" y no Publicitado

## CONCLUSIONES:

Los objetivos que buscamos frente a este tema, desde las actividades del PMD son básicamente los siguientes:

- Informar, formar y proteger a los menores de edad para que en su día puedan hacer un uso adecuado de su libertad individual.
- Lograr un entorno social que favorezca que el consumo de alcohol no sea una práctica de riesgo vinculada al ocio o a la fiesta.
- Sensibilizar a la sociedad frente al consumo abusivo de alcohol y el inicio en edades cada vez más tempranas, tratando de conseguir incluso su rechazo.

## **PONENCIA:**

### **“DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL”**

**Dra. D<sup>a</sup>. Rosa M<sup>a</sup> Marín Torrens**

*Máster en Salud Comunitaria. Universidad de Valencia.*

*Jefa de Programas. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).*

*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

#### **1.- EL VALOR DE LA SALUD Y LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

La salud es un valor esencial para la vida. Disfrutar de una buena salud es una de las premisas más importantes para poder desarrollar adecuadamente cada una de las facetas de nuestra existencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Salud como “el completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Por tanto, si queremos trabajar para alcanzar un buen nivel de salud, todos: políticos, técnicos y población, deberemos hacerlo desde esta triple perspectiva (1).

Estas reflexiones cobran auge en una sociedad como la nuestra donde las expectativas de vida se han incrementado de forma espectacular.

Así, sabemos que la vida media de las mujeres durante el imperio romano era de 23 años, en la edad media era de 33 años, a principios del siglo XX, vivían una media de 43 años y actualmente vivimos alrededor de los 75 años los hombres y de 82 años las mujeres. Durante el siglo pasado, se duplicó la esperanza de vida respecto a los 19 siglos anteriores (2, 3, 6,8).

Esta modificación de la esperanza de vida en los países desarrollados, se ha debido a varios factores. Entre ellos destacaremos, la mejora de la nutrición y de las condiciones de vida (cloración de las aguas, higiene de los alimentos), el cambio de hábitos y de conductas en la población (como por ejemplo la higiene personal, la limitación del tamaño familiar, etc.), la existencia de un ambiente físico más sano, y la aparición de medidas preventivas (vacunas, detección precoz) y terapéuticas (antibióticos, técnicas quirúrgicas), etc. (2, 4, 7).

Una de las consecuencias de este aumento de la esperanza de vida ha sido el cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad. Las enfermedades infecciosas han disminuido e incluso en algunos casos se han podido erradicar; sin embargo los procesos crónicos y degenerativos se manifiestan de forma más frecuente a partir de los 40 años, aumentando el grado de incapacidad y creando una disminución de la independencia y de la autonomía a largo plazo, especialmente en las personas mayores de 65 años, entre las cuales la proporción de mujeres es mucho mayor que la de los hombres (5, 8).

Cuando nos referimos a la salud de las mujeres, como a la de cualquier otro sector de la población, debemos recordar como indicábamos al principio, que la salud es el resultado de la combinación de una serie de factores o condiciones biológicas, sociales, culturales, demográficas, políticas y económicas (entre otros) singulares para cada individuo (1, 3, 4, 7).

Por eso al analizar la salud y las estrategias más adecuadas para mejorarla e incrementar la calidad de vida es conveniente tener en cuenta la influencia de estas condiciones.

Existen estudios importantes, clásicos en Salud Pública, que analizan el peso que las actuaciones llevadas a cabo en cada uno de estos factores pueden tener en la reducción de la mortalidad o en la mejora de la salud de las personas. Así, estudios clásicos de salud pública como el de Dever J. et al, en 1967 en EEUU, concluye que las acciones llevadas a cabo sobre los estilos de vida reducen la mortalidad en un 34%, frente a las acciones sobre el medio ambiente que la reducen en un 19%, la biología humana en un 27%, o los servicios sanitarios que, con toda su alta tecnología, sólo contribuirían en un 11% (4, 7).

Esto debería hacernos reflexionar a toda la sociedad en general, comunidad científica y política en donde es más efectivo invertir recursos y esfuerzos. Probablemente nos deberíamos centrar más en modificar los estilos de vida, lo cual tiene mucho que ver con la promoción de la salud y la educación sanitaria, así como actuar sobre los factores biológicos conocidos, sobre los factores sociales y sobre el medio ambiente, mediante medidas preventivas y correctoras adecuadas, que en financiar altas tecnologías, que sin duda serán importantes para resolver ciertas patologías, pero que no serán las únicas funciones del servicio sanitario.

Hemos pasado pues de centrarnos sólo en una medicina curativa, dirigida a diagnosticar y curar las enfermedades cuando éstas se manifiestan, a valorar además la importancia de la prevención de los problemas antes de que estos aparezcan y de la promoción de la salud, para que todas las personas vivamos de la forma más autónoma, solidaria y gozosa posible (1, 3-7).

## **2.- LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA SALUD.**

La perspectiva de género es un enfoque teórico, cuyo eje principal es el análisis de las desigualdades de género (9, 10).

El género es una definición de las mujeres y de los hombres y de sus relaciones, construida socialmente. Tiene que ver con la concepción de tareas, funciones, y roles atribuidos a hombres y mujeres en la sociedad y en la vida pública y privada.

El problema es cuando estas relaciones se construyen en desigualdad de condiciones y/o se sobrevaloran los papeles o funciones de unos sobre otras (11-13).

Trabajar por la igualdad de género significa la aceptación y la valoración por igual de las diferencias entre hombres y mujeres y de los distintos papeles que juegan en la sociedad.

Significa plantearse como avanzar, cambiando los marcos conceptuales de la sociedad que contribuyen al mantenimiento de relaciones desiguales de poder.

Es según indican la OMS y la ONU, una cuestión de: derechos humanos, de independencia económica (igualdad condiciones en mercado laboral, sueldo, etc.) y de educación (transmisión de valores, actitudes y habilidades en la igualdad).

Por tanto trabajar en estas tres líneas, hará que poco a poco estas diferencias desaparezcan (11-13).

Los determinantes de género, como la etnia, el lugar de nacimiento y de vida, el estatus socioeconómico, el nivel cultural, el papel social desempeñado y/o que se espera de cada uno, y otros factores, sitúan a mujeres y hombres de forma diferente en el contexto social y en las relaciones que se establecen entre ellos, dando lugar a diferencias definidas por un acceso desigual a la salud (9,10).



El análisis de género en salud a menudo evidencia que la salud de las mujeres está en situación de desventaja, y que los riesgos y problemas de salud de mujeres y hombres son resultado de la construcción social de los roles a los que ambos están expuestos (10). Así pues, las diferencias en salud entre hombres y mujeres no son sólo diferencias biológicas. Lo específico de hombres y mujeres en términos de salud y enfermedad solo se pone de manifiesto si se realiza el análisis separado por sexos y se indaga en las causas de estas diferencias (9, 10, 14).

Según la OMS el término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias y por tanto, evitables.

Desde la perspectiva de género se pretende mejorar el conocimiento sobre las causas y dimensiones de las diferencias en salud entre hombres y mujeres y elaborar procedimientos para solucionarlas en base a tres principios básicos de acción:

- Mejorar las condiciones de vida: circunstancias en las que se nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- Luchar contra la distribución desigual del poder: factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida.
- Medir la magnitud del problema: evaluar las intervenciones, dotarse de personal capacitado y sensibilizar a la opinión pública

### **3.- LA SALUD DE LAS MUJERES EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. INDICADORES DIFERENCIALES ENTRE HOMBRE Y MUJERES.**

Al analizar la influencia que los factores económicos y sociales tienen sobre la salud, nos damos cuenta que no sólo las diferencias biológicas explican las desigualdades de salud entre los hombres y las mujeres.

Por otro lado, estas diferencias apenas han sido estudiadas desde la biomedicina. La salud de la mujer en la mayoría de las ocasiones ha sido estudiada y atendida, exclusivamente desde la perspectiva biológica de su ciclo reproductivo, sin tener en cuenta otro tipo de condicionantes (9-14-17).

Analizaremos ahora algunos de los indicadores diferenciales entre hombres y mujeres:

En cuanto a los indicadores demográficos destacaremos el aumento de la esperanza de vida, relacionados con el descenso de las tasas de mortalidad, así como las de natalidad. Esto ha hecho que el colectivo de personas mayores de 65 años vaya aumentando de forma importante, siendo las mujeres mayores casi el doble que los hombres, especialmente a partir de los 80 años (8, 18, 19).

Respecto al nivel educativo, tanto la sociedad española como la valenciana, ha sufrido un retraso importante frente a otros países desarrollados. Las mujeres han arrastrado históricamente una desigualdad muy importante en cuanto a su nivel educativo. Por ejemplo, en 1991, la población valenciana ascendía a 3.087.195 personas, de las cuales 99.608 eran analfabetas, de éstas el 75% eran mujeres. En los estudios de la Dirección General de la Mujer, (18, 19), se constata, según el censo de población del año 2001, que el porcentaje de analfabetismo entre las mujeres en la Comunidad Valenciana todavía triplica al de los hombres (en población mayor de 50 años). Es de destacar también la nula participación de

las mujeres en la categoría correspondiente a la formación laboral de segunda etapa. En el resto de niveles formativos, las diferencias se han reducido hasta el punto que en la educación superior hay una presencia femenina mayor, tanto en términos absolutos como relativos, salvo en la correspondiente al nivel académico de doctor.

En 1998, el 38'8% de la población femenina se clasifica como activa laboralmente, frente al 64'4% de la masculina. En 2007 estos porcentajes cambian, siendo del 50'20% en mujeres y 70'41% en hombres. También en 1998, las mujeres constituyen el 36'4% de la población ocupada, siendo el 50'20% en el 2007, frente al 70'41% en los hombres, con una diferencia todavía del 20% entre ambos sexos.

También se observa que cuanto mayor es el nivel de estudios de las mujeres, mayor resulta su tendencia a incorporarse al mercado del trabajo productivo. Siendo la educación recibida la variable clave que explica la tendencia a igualar las tasas de actividad de mujeres y hombres (19).

Otro aspecto importante a destacar es que puede comprobarse cómo las ganancias de las mujeres, son siempre inferiores a las de los hombres: el salario promedio anual femenino (que fue de 14.691€ en 2004) supuso el 71,3% del masculino en 2007 (20.597 €). Las diferencias más importantes se dan entre las mujeres y hombres sin estudios y los que alcanzaron un nivel de educación secundaria superior. Esto pone de manifiesto la existencia de diferencias retributivas estructurales que ni siquiera disminuyen cuando aumenta el nivel de formación, variable ésta última que se mostró clave como favorecedora del acceso de las mujeres al mercado de trabajo (19).

Por otro lado, la feminización de la pobreza se sigue constatando. El 80% de las personas ocupadas a tiempo parcial son mujeres y más del 40% de ellas expresan su deseo de trabajar a tiempo completo. Las mujeres son mayoría en la lista de parados de larga duración.

De la población valenciana que se clasifica como pobre, el 54% son mujeres. De éstas, el 80% viven solas y suelen ser mujeres viudas y mayores que reciben las pensiones más bajas del sistema de Seguridad Social: las de viudedad, y las no contributivas, lo que las convierte fácilmente en población pobre y en muchos casos desatendida. También son más frecuentes en estas mujeres los peores estados de salud percibida y la presencia de malestar, ansiedad, depresión y enfermedades discapacitantes (8, 18-19).

En cuanto a la violencia contra la mujer, Entre los años 2002 y 2006 se presentaron en la Comunitat Valenciana un total de 43.451 denuncias por malos tratos producidos por pareja o ex pareja, presentadas por mujeres, siendo la cuarta en la que más denuncias contra las parejas o ex parejas se presentaron. Entre 2002 y 2007 se produjeron un total de 52 femicidios de pareja, con una media de 8,6 muertes al año, con una prevalencia media de 4,44 muertes por millón, prácticamente un punto por encima de la media nacional que fue de 3,49. (19, 20).

Según la *Macroencuesta de Violencia de Género 2011*, elaborada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en convenio con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el porcentaje de mujeres que señaló haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida ha sido del 10,9% del total de las entrevistadas, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres en España. La edad media es de 48 años; trabajan el 41% y el 36% están separadas o divorciadas, el 30% solteras y el 27% casada. Han denunciado sólo el 29% de ellas, y de éstas últimas, el 31% han retirado la denuncia. La violencia de género, como es esperable, se asocia a un peor estado de salud percibida, (21).

Respecto a la morbilidad, los problemas que más frecuentemente (8, 22, 23) provocan restricción crónica de la actividad en las mujeres son: los osteoarticulares (afectan a más del 45% de las mujeres), las enfermedades del aparato circulatorio (22%), los trastornos mentales (depresión el 18%, ansiedad el 21%), los estados mórbidos mal definidos (6,8%), y las enfermedades del sistema nervioso (6%).

En la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana realizada en 2005 la morbilidad se registra a partir de patologías diagnosticadas que tiene un carácter crónico, en vez de por grupos de enfermedades (22). Seleccionando aquellas patologías cuya incidencia es superior al 10% se observó que:

– Los dolores de espalda, los dolores lumbares o las varices en las piernas son las dolencias que afectan en mayor proporción a las mujeres, dándose en una de cada cinco.

– Existe una serie de patologías cuya prevalencia es muy similar independientemente del sexo. Es el caso de la tensión alta o el colesterol elevado.

– En el resto de patologías referidas, la prevalencia es muy superior en el caso de las mujeres. Los porcentajes triplican a los de los hombres, encontrándose las mayores diferencias en el caso de la artrosis, la artritis y el reumatismo (18,7% frente a 4,5%) o en el de los problemas circulatorios (13,4% en mujeres frente a 5,2% en hombres), y duplicándolos en la ansiedad y la depresión (12,5% en hombres, frente a 21,7% en mujeres).

Los trastornos emocionales (ansiedad, depresión, trastornos de ánimo) doblan su presencia entre las mujeres. En esa misma línea, y en estrecha correlación con lo expuesto, se comprueba una pauta de medicalización en la que las mujeres superan a los hombres en el consumo de psicofármacos. Las mujeres de entre 35 y 54 años consumen el doble de antidepresivos y estimulantes, y las de entre 55 y 77 años consumen también el doble de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir. (22-26)

La feminidad tal y como está concebida en nuestra cultura, parece constituir el mayor factor de riesgo para esta diferencia tan grande en los problemas psicológicos: mayor dependencia emocional, falta de asertividad, hipercriticismo o mala capacidad para elaborar los duelos, serían algunas de sus características (17, 24-31).

La población femenina registra invariablemente en todas las encuestas de salud y en los registros de atención primaria, una incidencia superior de todos los problemas de salud que la población masculina, así como una peor percepción de su estado de salud. También está comprobada tanto la mayor utilización de fármacos como de consultas médicas de atención primaria, por las mujeres que por los hombres (18, 19, 22-24).

Respecto a la morbilidad hospitalaria, los hombres, (si excluimos las causas obstétricas), cubren el 58% de los ingresos. Las razones de estas diferencias no están claras. Para ambos sexos los problemas circulatorios son los más frecuentes. Para los hombres, le siguen los problemas respiratorios y las tumoraciones malignas (tráquea, bronquios y pulmón). Para las mujeres son los problemas obstétricos y abortos y los relacionados con el aparato digestivo, y respecto al cáncer, es el de mama el que provoca más hospitalizaciones en ellas (8, 24).

Los estudios concluyen que los ingresos en mujeres son menores, fundamentalmente porque tienen menor frecuencia de síntomas típicos, lo que retrasa el diagnóstico y puede explicar la mayor tasa de complicaciones y letalidad posthospitalización a corto plazo que presentan (24-31).

En cuanto a la mortalidad (32), los hombres tienen una tasa mayor (8'6%) que las mujeres (7'9%), además de que mueren mucho más jóvenes que las mujeres. Muchos investigadores han puesto el acento en que los hombres mantienen, en mayor medida, hábitos y formas de vida que les hacen más vulnerables a la muerte (mayor consumo de tabaco, alcohol, accidentes, conductas y trabajos de riesgo, etc), todos ellos relacionados con diferencias de género, al atribuirse a su papel preponderante en la sociedad y a sus actitudes frente al riesgo (24-27, 29-31).

Las causas de muerte también difieren. El motivo principal en ambos sexos son las enfermedades cardiovasculares, en los hombres más el infarto de miocardio y en las mujeres las enfermedades cerebrovasculares. En los hombres les sigue el cáncer de traquea, bronquios y pulmón y en las mujeres la insuficiencia cardíaca, el cáncer de mama, la psicosis orgánica senil y la diabetes.

Además, la mortalidad por caídas accidentales y por accidentes en general es mayor siempre en los hombres que en las mujeres, a cualquier edad, así como las tasas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas (8, 33).

Respecto a la mortalidad evitable, es importante remarcar los estudios del INE, referenciado en los estudios del IMSERSO, realizados en 1991, 1996, 2001 y 2006, en los que se hace un seguimiento de las muertes en hombres y mujeres producidas por enfermedades sensibles a prevención primaria (cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de vehículo de motor), así como de enfermedades sensibles a cuidados médicos (enfermedades del aparato respiratoria, circulatorio y tumores) y los años potenciales de vida perdidos por las mismas, y el porcentaje en todas ellas y en todos estos años es muy superior en los hombres que en las mujeres, aunque las diferencias van disminuyendo en los últimos estudios (8, 33).

La mayoría de los factores de riesgo asociados a esa sobremortalidad masculina tiene que ver con los hábitos nocivos (mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, que las mujeres), a una inadecuada alimentación y al estrés y las actitudes arriesgadas (accidentes), así como a un menor seguimiento de las normas de prevención que las mujeres (13,14, 22, 25-27).

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (22), los hombres además de consumir más alcohol a cualquier edad que las mujeres, conducen en muchas más ocasiones bajo los efectos del mismo (el 18% frente al 7% las mujeres).

Desafortunadamente algunos de estos hábitos y actitudes están cambiando en las mujeres, reflejándose en una reducción de las diferencias en mortalidad por estas causas, entre ambos, en estos últimos años.

#### **4.- CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS:**

En España el consumo de alcohol, se ha asociado tradicionalmente a la población adulta, especialmente a los varones y se ha caracterizado por la regularidad de su uso y, su vinculación a la dieta y a los acontecimientos sociales. Sin embargo, en los últimos veinte años se han experimentado cambios muy importantes tanto en las cantidades ingeridas, como en los patrones y en el significado de consumo (34-44).

Así, en los últimos informes del Observatorio Español sobre drogas, se ha destacado un patrón de consumo intermitente, en forma de atracones, concentrado en sesiones de pocas horas, asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza con grupos iguales. Este patrón se caracteriza por picos de incidencia entre los jóvenes, igualdad de consumo entre sexos, rejuvenecimiento del perfil de los bebedores abusivos y escasa

percepción de riesgo. Es lo que la literatura anglosajona denomina *binge drinking* o *heavy episodic drinking* y en España se conoce como **Consumo Intensivo de Alcohol (CIA)**.

En este tipo de ocio no estructurado prima el consumo frente a las relaciones interpersonales, favorece una comunicación no saludable entre los adolescentes y se asocia a un alto riesgo de consumo de adicción al alcohol y consumo de otras drogas (38).

Según el Observatorio Español sobre drogas, (36), las drogas más consumidas entre la población de 15 a 64 años, son el alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis e hiposedantes. El consumo de todas ellas es mucho mayor en los hombres, excepto los hiposedantes, que los consumen mucho más las mujeres.

Se observa un ligero aumento de consumo de alcohol en el año 2007, y una tendencia ascendente durante estos últimos años, a concentrarse su consumo en los fines de semana.

Siguiendo los criterios de la OMS, se estima que realizan un consumo de riesgo en España, 1.320.000 hombres y 968.000 mujeres. Tienen una posible dependencia 75.600 hombres y 14.400 mujeres. El 23% de la población se ha emborrachado en los últimos 12 meses (el 67% hombres y el 33% mujeres). Se confirma una tendencia ascendente en ambos sexos y en los grupos de edad estudiados.

Un 15% de la población manifiesta un consumo intenso de alcohol, (los llamados atracones o “binge drinking”), sobre todo entre los 15 y 34 años, siendo el 70% de los mismos hombres y el 33% mujeres.

En la Comunidad Valenciana, lo más relevante es la constatación del descenso sostenido que se viene reflejando en los últimos años del consumo, “que sin reducir apenas el porcentaje de consumidores experimentales, sí que refleja un descenso de casi cuatro puntos entre quienes declaran consumo en el mes (de 57% en 2006 a 53,3% en 2008), en la semana (del 40,7% al 36,9%) o en el día anterior (31,6% a 27,2% en 2008)”, (Gráfica N° ), (37).

En el estudio del 2008 de la Encuesta Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (36) se encontró que un 2,2% del total de la población de la Comunidad Valenciana mayor a los 15 años eran bebedores abusivos. Concluyen los autores que estos datos suponen que los porcentajes de consumidores más problemáticos se han rebajado a más de la mitad entre 2006 y 2008 (4,4% de bebedores abusivos en 2006 a 2,2% en 2008).

La reducción en el porcentaje de bebedores abusivos se produjo tanto entre los varones como entre las mujeres. Siendo mucho mayor para los varones, que partían de porcentajes superiores al 8% desde 2002 (la proporción de mujeres ha sido siempre mucho más baja).

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva de mayor consumo referido por los valencianos (37). Respecto al sexo sigue manteniéndose un porcentaje superior de fumadores entre los varones: el 47,6% son fumadores diarios frente al 36,2% de mujeres. Más de la mitad de las mujeres (53,2%) dicen no haber fumado nunca frente al 36,6% de los varones.

Si bien el consumo de tabaco aumentó en la mujeres de 16 a 24 años, según la Encuesta Nacional de Salud (23), el Observatorio Español sobre drogas (36) ha detectado un descenso general del mismo y desde el 2007, también en las mujeres de 15 a 34 años. Todo ello se asocia al gran debate social creado y a la aprobación de la Ley 28/2005 sobre el tabaco.

Quizás esos mismos esfuerzos de debate social y/o medidas legislativas, que en definitiva, son medidas de promoción de salud y prevención de las enfermedades deberían emplearse sobre el alcohol, que consumido en exceso o de forma intermitente pero intensa, tantos problemas de salud y sociales genera.

El consumo de tabaco se asocia con mucha frecuencia al del alcohol. Estudios realizados con mujeres en USA, concluyen que las fumadoras habituales refieren más motivación para el consumo del alcohol, sobre todo por razones afectivas y para obtener reconocimiento social (39).

De todas las acciones preventivas, la medida más valorada entre la población (36), para resolver el problema del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, es la educación en la escuela (desde 1995 al 2009), aumentando en estos últimos años en valoración. También ha aumentado la importancia que se da a las campañas publicitarias. La que menos se valora es la legalización de las drogas.

En referencia al tema que tratamos en este artículo, resaltaremos entre las conclusiones del observatorio nacional, el que se remarque la importancia de trabajar en el descenso del consumo intensivo de alcohol y el de riesgo/perjudicial, así como en identificar las características del consumo de hiposedantes en mujeres y actuar en consecuencia.

## **5.- CONSUMO DE ALCOHOL Y MUJER:**

Actualmente la mujer ha pasado de estar dedicada exclusivamente a las labores domésticas a integrarse de forma permanente y activa en los sectores sociales y económicos de nuestra comunidad.

Su rol social ya no es el mismo, y sus pautas de consumo y conductas se han adaptado a este cambio. La mujer actualmente se iguala en su modo de actuar al varón, y dentro de su adicción al alcohol, llega a equipararse a modelos de consumo masculino, sin necesidad de justificarse ante nadie, aunque se sigue manteniendo una cierta tendencia a la ocultación o negación del problema. La edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas se ha igualado prácticamente en los dos sexos, sin embargo el patrón de dependencia todavía sigue siendo mayor en los varones.

A pesar de todos estos cambios, la relación alcoholismo y mujer adquiere unas connotaciones especiales, por sus particulares características, que la hace diferente a la del hombre. Estas diferencias, además de otros hechos, como los que se producen por el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y su repercusión en el feto, hacen que resulte conveniente el estudio de esta afección de forma independiente, (39-44).

### **5.1.- EL ROL TRADICIONAL Y EL CONSUMO EN LA MUJER ADULTA:**

El patrón tradicional del comportamiento de las mujeres, como el de los hombres, viene condicionado especialmente por dos factores: la educación recibida y los valores relevantes que la sociedad concede a cada uno de ellos/as.

Así, en la educación tradicional, a las niñas, en general, se les enseña a “ceder, pactar, obedecer, cooperar, cuidar, entregar, etc.”, mientras que a los niños se les educa más en el patrón de “ganar, luchar, competir, apoderarse, conquistar, vencer, etc.”, (31).

Además, los valores más relevantes que se les ha otorgado a cada sexo, durante siglos, en las sociedades tradicionales han sido diferentes. En general a los hombres se les atribuyen

las tareas sociales y laborales externas: se preocupan y ocupan más del trabajo y de las actividades externas al hogar, de las tareas públicas, de la política, etc., mientras que las mujeres han estado más relegadas a un mundo más íntimo, a las tareas del hogar y del cuidado.

Esto hace que ellos tengan, entre otras cosas, más riesgos externos y más actitudes de fuerza y competitividad, mientras que el comportamiento tradicional femenino es en general, más prudente, más intimista, menos arriesgado y tienden a provocar menos conflictos. Esto último también se refleja en un mayor estado de "malestar" en las mujeres, una peor salud percibida y una mayor frecuencia de distimia, ansiedad o depresión, (24-31).

En el caso de las mujeres adultas, el consumo de alcohol, ha estado más asociado a su rol tradicional, (35-40):

Suelen ser amas a de casa, con un papel subordinado e infravalorado en la familia y en la sociedad, que les han hecho más vulnerables al consumo de alcohol, así como también (y en mayor medida), al de psicofármacos.

Normalmente el consumo se refiere a mujeres insatisfechas con su vida y con sus relaciones con los demás, especialmente con su pareja y/o familia.

Por tanto consumen: solas, en silencio, en el ámbito doméstico y con un gran sentimiento de culpa.

Los varones adultos, sin embargo, suelen consumir en los bares, en compañía, con los amigos, y sin sentimiento de culpa, porque es una actitud socialmente aceptada en ellos.

Otra característica que llama la atención en las mujeres, es que si se deciden a tratarse, ni su pareja ni su familia suelen acompañarlas y ayudarlas en este periodo, al contrario que sucede con los varones, que si suelen recibir las ayudas de su pareja y/o familia (41).

## **5.2.- NUEVO MODELO DE CONSUMIDORA ADULTA:**

La situación de la mujer ha cambiado mucho en estos últimos cuarenta años en los países desarrollados como España, fundamentalmente por el acceso a la educación y al trabajo de las mismas.

Asistimos a un proceso de progresiva equiparación entre hombres y mujeres

Esto ha conllevado el cambio en los patrones sociales de comportamiento, que si bien en general han sido muy positivos, porque nos conducen a la igualdad de oportunidades en todos los aspectos, en algunas ocasiones no han sido los más adecuados, (34-40).

Ha aparecido un nuevo modelo de mujer consumidora: mujeres emancipadas, que se ven inmersas en la hipercompetitividad y empujadas a exacerbar la asimilación a determinadas pautas y conductas dominantes en el mundo masculino, entre las que están el consumo del tabaco y el alcohol, y otras sustancias psicoactivas (35, 40).

En este sentido, las mujeres han pasado a ser para las compañías tabaqueras y alcohólicas, el principal objeto de expansión de sus productos.

### 5.3.- CONSUMO EN JÓVENES Y ADOLESCENTES:

Junto a este nuevo modelo de mujer consumidora adulta, en los jóvenes y adolescentes asistimos hoy en día, a una semejanza de consumo entre los chicos y las chicas. A partir de la década de los 90 del siglo pasado, se inicia una tendencia ascendente hacia la uniformidad en los niveles de consumo entre chicos y chicas (34-36, 38, 40-41), aunque sí que existen diferencias en el tipo de bebidas consumidas: los chicos consumen mucha más cerveza, y combinados, y las chicas más licores y combinados.

El patrón de aumento del consumo de alcohol en el caso de las mujeres jóvenes, se asocia en general (como en los chicos) a un patrón de socialización, de integración en las costumbres sociales, y de disfrute del ocio, sin olvidar aquellas que pueden hacerlo por problemas de autoestima, bajo rendimiento escolar o rebeldía.

El inicio del consumo en los y las adolescentes, suele ser en la familia, como algo normal, en el contexto de las comidas, e incluso pensando algunos padres que tiene un efecto beneficioso para la salud.

El alcohol suele ser la primera droga legal que prueban los adolescentes, especialmente en países como el nuestro, donde además su consumo es aprobado socialmente (34,35).

El consumo por lo tanto se normaliza, y además como los adolescentes tienden a imitar la conducta de los padres, lo interiorizan e incorporan a sus hábitos.

Los comportamientos de los jóvenes suelen ser un reflejo de la sociedad adulta. Si los padres saben transmitir la importancia del consumo moderado, no tienen por qué ser un estímulo que predisponga al exceso.

Más que el hecho del consumo en sí, lo que sirve de modelo son las razones por las que se consume y la valoración que de ello hagan los adolescentes (35).

Por otro lado, el alcohol está tan integrado cultural y socialmente en nuestro medio, que existe una insuficiente percepción del mismo como droga, una alta confianza en que “se puede controlar su consumo”, y por tanto una banalización del mismo, así como de los efectos asociados a él.

En la adolescencia no se es totalmente consciente de los riesgos que conlleva el exceso de alcohol, como la pérdida de independencia, y los efectos en la salud física y psíquica a largo plazo, así como en las relaciones sociales.

El consumo del alcohol en la adolescencia no tiene por qué ser preocupante si se realiza con moderación y ocasionalmente.

Los problemas vienen cuando se abusa del mismo, de forma continuada, o se bebe una dosis alta en una sola ocasión, y sobre todo si este sobre abuso de consumo, se repite con bastante frecuencia, como “los botellones” que ahora están de moda y en los que participan tantos chicos y chicas jóvenes y adolescentes. Este consumo se está demostrando que es todavía más peligroso para el organismo, que el consumo continuado del mismo (34-38).

Por otro lado estos consumos suelen ir asociados a un mayor consumo de otras drogas, e incluso de bebidas energéticas, como ya analizan estudios norteamericanos, “que se consumen para reducir la acción sedante del alcohol”, (38,42).



#### 5.4.- EFECTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS MUJERES:

La ciencia ratifica que el alcohol perjudica más a la mujer, a menos dosis que al hombre. Por otro lado, si una mujer bebe lo mismo que un hombre, los daños pueden ser superiores.

La ciencia ha dedicado buena parte de interés a esta cuestión, y a veces ha adjudicado esta enfermedad al hombre, pero las estadísticas demuestran que el consumo del alcohol entre las mujeres aumenta e incluso en algunos casos puede superar el de los hombres.

Estudios basados en imágenes de resonancias magnéticas han demostrado que el consumo excesivo de alcohol se asocia a las mujeres con una pérdida de un 11% de materia gris, frente al 5,6% que pierden los hombres.

Desde las primeras investigaciones se supo que las mujeres y los hombres no metabolizan el alcohol de la misma forma, y que éste daña más el hígado y el corazón de las mujeres. Se ha confirmado que uno de los tres enzimas que descomponen el alcohol es dos veces más eficaz en los hombres que en las mujeres. También es importante remarcar que la tolerancia al alcohol por parte de la mujer es menor que para el hombre.

Por otro lado el alcohol es una sustancia teratógena y su consumo puede causar muerte fetal, malformaciones, y alteraciones cognitivas y de la conducta en el niño. No se pueden minimizar ni olvidar estos riesgos. Por ello se siguen desarrollando estudios como el de biomarcadores asociados al daño fetal por alcohol.

De ahí la importancia que da la Unión Europea al desarrollo de Programas de información poblacional, a los diferentes países miembros, para prevenir el consumo de alcohol en general y de las mujeres durante la gestación en particular (43).

En un estudio realizado en la Unidad de alcoholología del Instituto de neurociencias del Hospital Clínico de Barcelona (44), en el que se analizan desde la perspectiva de género once estudios realizados en pacientes alcohólicos, indican que las mujeres presentan más intentos de suicidio que los hombres, pero de menor letalidad e intencionalidad (esto también pasa en población general). Por otro lado, las mujeres tienen una mejor evolución terapéutica y una mayor adherencia a las terapias grupales. Llama la atención que en los casos de ingresos, las mujeres son más jóvenes, presentan mayor abuso de benzodiazepinas y más trastornos de la personalidad que los hombres.

Concluyen los autores que las mujeres alcohólicas disponen de mecanismos psicológicos que les facilitan tasas de abstinencias superiores y de mortalidad inferiores a los hombres y que debería investigarse los mecanismos que influyen en fenómenos emocionales como la culpa, la depresión y la ansiedad, aparentemente problemáticos pero que quizás sean innovadores para el cambio (44) y que se asocian también, como indican otras autoras (39-40) a la mayor motivación y adherencia para someterse a tratamientos y seguirlos.

La diferencia de sexo determina muchas diferencias en los efectos del alcohol, y está directamente relacionada con el daño físico, mental y social.

Las diferencias de género están relacionadas con la forma de beber y las motivaciones para ello, así como en su predisposición al seguimiento del tratamiento (si deciden tratarse). Están asociadas a *las actitudes, la educación recibida*, así como a los *valores transmitidos y a los roles sociales desempeñados* por las mujeres (tanto en los ámbitos públicos como y privados), en el contexto social en el que vivan.

## 6.- REFLEXIONES A TENER EN CUENTA:

A modo de reflexiones sobre todo para la educación de las nuevas generaciones.

- Hay que Educar el criterio propio y la independencia.
- Nos definen nuestras preferencias y nuestros actos, no nuestros conocimientos.
- Deberíamos reflexionar sobre que patrones de conducta transmitimos.
- Lo importante no es que se enseñe, sino lo que se aprenda.
- Hay que generar metas, motivar a largo plazo, (que el premio no sea el aquí y ahora).
- Enseñar a desear lo que consideramos deseable, o en este caso saludable.
- Si queremos cambiar conductas, tendremos que cambiar creencias y valores, no sólo reprender o premiar.
- Debemos estudiar las motivaciones y el papel social de la mujer y del hombre que están detrás de los distintos patrones de consumo, y de adherencia al tratamiento, fundamentales para diseñar campañas eficaces de prevención.
- Tenemos que aprender a distinguir entre las diferencias de sexo en los efectos del alcohol a las diferencias de género en su consumo y tratamiento.

“Este es el reto que se nos plantea a fin de que todos, jóvenes y mayores, hombres y mujeres, aprendamos a vivir de forma libre, solidaria y gozosa, saludable y en igualdad de condiciones...”.

## 7. - BIBLIOGRAFÍA:

1. WHO. Health Promotion. A Resurce Book. Copenhagen: WHO-EURO, 1990.
2. Schofield R, Reher D, Bidau A. (Eds.). The Decline of Mortality in Europe. Oxford: Oxford Claredon Press, 1991.
3. Marín Torrens RM. Menopausia y salud. Atención integral a la mujer de mediana edad. En: Cánovas J. (coord). Menopausia y Salud. Barcelona: Ed. Ariel, 1996.
4. McKeown T. El Papel de la Medicina: sueño, milagro o némesis. Madrid: Siglo XXI, 1982.
5. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Guia de Promoción de Salud de la Personas Mayores. Valencia: Conselleria de Sanitat, 1997.
6. Khaw KT. Healthy Aging. BMJ 1997; 315: 1090-1096.
7. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document. Ottawa: Governement of Canada, Office of the Canadian Ministry of National Health and Welfare, 1974.

8. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Las Personas Mayores en España. Informe 2008. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2010.  
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008vol1.pdf>  
Consultado en enero de 2012
9. Ariño MD, Tomás C, Eguiliz M, Samiter ML, et al. ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?. Gac. Sanit. 2011; 25(“): 146-150.
10. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM); 2008, p.11-2.
11. Naciones Unidas 1993. Viena Declaration; Part II/C. The Equal Status and Human Rights of Women.
12. OMS. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención de la violencia una prioridad en Salud Pública. Ginebra 1996.
13. WHO. Policy on Gender Issues. Integration of gender perspectives in WHO activities. Glosary on gender, 2002.  
Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.
14. Canadian Institute of Health Research. Gender and sex-based análisis in healt research: a guide for CIHR researches and reviewers, 2006. Disponible en: <http://www.cihr-irsc>.
15. Killien M, Bigby JA, Champion V, Fernandez-Repollet E, Jackson RD et al. Involving Minority and Underrepresented Women in Clinical Trials: The National Centers of Excellence in Women´s Health. J. Women´s Health and Gender-based Medicine 2000; 9: 1061-1070.
16. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Salud Mental y Género. Madrid: Instituto de la Mujer, 2000. (Género y Salud, nº 29).
17. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid: Instituto de la Mujer, 2001. (Género y Salud, nº 30).
18. Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Dirección General de la Mujer. Las mujeres valencianas ante el siglo XXI. Informe sociológico de una evolución (1986-1999). Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social, 1999. (Serie Informes, nº 2).
19. Polo A. y cols. Las Mujeres de la Comunitat Valenciana a principios del siglo XXI, 2000-2007. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social, 2009.
20. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. II Informe Internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Valencia, 2006.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en convenio con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). **Macroencuesta de Violencia de Género 2011**, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2007.  
[http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1329745747\\_macroencuesta2011\\_principales\\_resultados-1.p](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.p). Consultado en enero de 2012.

22. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanidad y Consumo, 2005.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Encuesta Nacional de Salud. Madrid: MSC, 2006.
24. Universitat de València. Facultat de Ciències Socials. Gonzalez Sanjuan ME. El proceso de la enfermedad desde el enfoque de género. Valencia, 2005. (Quaderns de ciències socials, nº 13).
25. Fuentes i Pujol M, "salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria". En: Miqueo C et al (ed). Perspectivas de género y salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva, 2001.
26. Velasco S. Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Colección Salud nº 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.  
<http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>.
27. Velasco S. Sexos, Género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Biblioteca Nueva, 2009.
28. Marín Torrens RM, Pastor Villalba E, Bueno Cañigral F. "Promoting Health in Middleaged Women". Promoting Gender Equity in Public Health in Europe. European Institute of Women Health. Trinity College. Dublin (Ireland), 9-12 September 2000.
29. Marín Torrens RM. Políticas de Salud en la Comunidad Valenciana. Una Perspectiva de Género. En: "Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer / Organización Mundial de la Salud. Madrid, 2001 (Serie Debates, nº 34).
30. Marín Torrens RM. Impacto de las Actividades de promoción de Salud en la Mujer: Corrigiendo desigualdades. En: "La Salud de las Mujeres: hacia la Igualdad de Género en Salud". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid, 2002 (Serie Debates nº 37).
31. Albiñana A, Costa P, Soler F. Calidad de vida y mujer de mediana edad. Guía de apoyo a los talleres de educación grupal. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006
32. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Registro de mortalidad de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanidad, 2010.
33. IMSERSO. Encuesta Mayores, 2010. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.  
[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf). Consultado en enero de 2012.
34. Balaguer I (ed.). Estilos de vida en la adolescencia. Valencia: ed. Prometeo, 2002.
35. Sánchez Pardo L, Navarro Botella J, Valderrama Zurián JC. Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura, "Proyecto Genacis", promovido por la OMS. San Vicente (Alicante): gráficas Diez, SL, 2004.

36. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Observatorio español sobre drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2010. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>. Consultado en enero de 2012.
37. Generalitat Valenciana (FAD/EDIS). El Consumo de Drogas en la Comunidad Valenciana 2004, 2006 y 2008. Valencia: Generalitat Valenciana (FAD/EDIS), 2010.
38. Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. Aten Primaria. 2010; 42 (12): 604-611.
39. Kristjansson SD, Agrawal A, Littlefield AK et al. Drinking motives in female smokers: factor structure, alcohol dependence, and genetic influences. Alcohol Clin Exp Res, 2011; 35 (2): 345-54.
40. Gómez Moya J. Enfermedad y estigma: una aproximación a partir de drogodependencias. Lección Magistral. Acto de Apertura de Curso de la facultad de CC Sociales. Universitat de València, 2010.
41. Gómez Moya J, Valderrama Zurrián JC, Girva Caramés T, Tortajada Navarro S, Guillot Mosterin J. Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. Adicciones, 2008; 20 (3): 237-244.
42. Marczinski CA. Alcohol mixed with energy drinks: consumption patterns and motivations for use in U.S. college students. Int J Environ Res Public Health. 2011; 8 (8): 3232-45.
43. Guerri C. Nuevos programas de información y prevención en Europa para reducir los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y la aparición del Síndrome Alcohol Fetal y sus efectos relacionados. Adicciones, 2010; 22 (2): 97-100.
44. Monras Arnau M. Características diferenciales de alcoholismo femenino. Adicciones, 2010; 33 (4). 339-352.

## MESA REDONDA:

### “¿QUÉ HACEMOS DESDE EL ÁMBITO LOCAL?”

**MODERA: Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral**

*Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)  
Ayuntamiento de Valencia*

Es de todos conocidos, que la Administración Local es la que está más cerca de los ciudadanos. Cuando se habla de las funciones de la Unión Europea, de la Administración del Estado e incluso de las actividades de las Comunidades Autónomas, a muchas personas les suenan extrañas estas funciones y por supuesto algunas las ven muy lejanas. ¿Qué desde Bruselas se ocupan de mí? Pues no sé en qué. Podría ser la pregunta y la respuesta de muchas personas. La sensación general, en ocasiones, es que los Planes Europeos, Nacionales o Regionales, no se conocen en su totalidad o parecen muy lejanos.

Debido a esa cercanía, los ciudadanos sienten la Administración Local como más propia, pues a las múltiples dependencias municipales acuden en muchas ocasiones a lo largo del año para resolver diversos asuntos.

Este es un hecho, que siempre ha tenido una gran importancia, lo que permite en la tarea que nos ocupa que es la prevención de las drogodependencias, canalizar todas las actividades de información y formación a través de los colegios, asociaciones y en definitiva todo el tejido social del municipio. Esto a su vez es una gran ventaja pues permite una relación más directa con las personas, un mayor conocimiento de los problemas y la realización de acciones más determinadas y concretas hacia un público objetivo del cual se conocen sus concretas demandas.

Tras abandonar en muchos municipios la etapa asistencial, rehabilitadora y de reinserción social de los drogodependientes (médica, psicológica, educativa y social), por pasar estas competencias a la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana; la orientación de las actividades municipales se realizó hacia la prevención de los consumos de drogas, enmarcadas en los cuatro apartados tradicionales:

- Prevención Comunitaria
- Prevención Familiar
- Prevención Escolar
- Alternativas de Ocio y Tiempo Libre

Todas estas actividades están centradas en la promoción de la salud y la prevención de las conductas de riesgo tanto en el ámbito personal como en el comunitario, centrándonos en la información y en la formación sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, que han ido apareciendo en el transcurso de los años.

Prueba de ello es esta **XX Jornada sobre Drogodependencias: ALCOHOL, ¿Hablamos?**, que estamos celebrando. Durante estas dos décadas largas, la realización de estas veinte Jornadas no hubiera sido posible sin el apoyo decidido del/de la Concejal/a de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, responsable político del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Durante los últimos cinco años de la Ilma. D<sup>a</sup> Lourdes Bernal Sanchis, que se ha interesado por cada uno de los temas que le hemos planteado, se los ha estudiado, a preguntado y ha reconocido que en estos temas aprende cada día; lo que es una enorme satisfacción y orgullo para todos los profesionales del PMD.

Tampoco hubieran sido posibles estas Jornadas sin la entusiasta organización y participación de Ricardo Pérez, Agustín Durán, Armando Serrano, Salvador Campins, Ana Soler, Rosa Martí, Laura Ferrer, Amparo Gisbert, Laura Braulio, Ana Quiles, Rocío Benito, Asunción Hernández, Vicent Ferrer, Clara Segre y Natxo Navarro, excelentes profesionales todos del PMD a los que agradezco su trabajo constante.

Estas Jornadas se han organizado desde la Administración Local, como se ha dicho hoy en varias ocasiones, en coordinación con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), la Universitat de València y la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de las mismas.

Durante las veinte ediciones han ido dirigidas las Jornadas a los profesionales y estudiantes de la salud, de psicología, de educación, del trabajo social, del derecho, del ejercicio físico y del deporte, etc., que con su amplia participación año tras año nos han animado a seguir proponiendo y debatiendo nuevos temas cada edición. Doy las gracias a todos los profesionales por su participación durante estas veinte Jornadas.

Cambiando de tema os diré que una de las mayores preocupaciones actuales que tenemos muchos profesionales de la salud, es la excesiva tolerancia y permisibilidad social ante el problema de las adicciones en España.

En el año 1995 las drogas ocupaban el cuarto puesto en cuanto a la preocupación de los españoles según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). En el año 2011 las drogas ocupan el lugar diecinueve de preocupación.

Han pasado muchos años, la sociedad ha ido cambiando y las encuestas que se realizan en España sobre cuales son los valores de nuestra sociedad en el año 2010 por ejemplo, son en primer lugar el bienestar personal, centrado básicamente en el dinero, la salud y la seguridad. La sociedad española ha valorado más durante los últimos años el derecho a la diversión, por encima del derecho al trabajo. Lamentablemente la diversión para muchas personas está asociada inseparablemente al consumo de alcohol de forma tradicional u a otro tipo de drogas.

Las personas no acaban de entender que la permisibilidad a los usos y abusos de drogas es un grave problema para la maduración cerebral de los jóvenes y que más bien temprano que tarde, les pasará una terrible factura, pues la alteración de los neurotransmisores cerebrales, modifica muchos patrones de la personalidad y por tanto de la conducta de las personas, en ocasiones de manera irreversible, dependiendo de la sustancia de abuso.

Otra de las preocupaciones que tenemos los profesionales de la salud, es que a pesar de los múltiples esfuerzos de todos los profesionales que trabajan contra las drogas, tanto en el control de la oferta, como en el control de la demanda; a pesar de todo ello, las cifras de reducción de los consumos no acompañan. Existen por tanto varios puntos débiles de la lucha contra la drogadicción en general.

En primer lugar la inmensa cantidad de intereses económicos, políticos, culturales, sociales, etc., que existen en un mundo globalizado ante la producción, tráfico y venta de drogas. En segundo lugar la falta de percepción de riesgo de muchas personas que usa o abusan de forma cotidiana de las drogas.

Además tenemos problemas emergentes como son las adicciones sin sustancia en los jóvenes: Ludopatía, tecnologías de la información y comunicación, videojuegos, redes sociales, estética, compras compulsivas, etc., en una sociedad consumista y hedonista, donde las actitudes y los valores adecuados para la juventud no están muy presentes en la sociedad actual.

Es importante conocer muchos aspectos que se desarrollan en el ámbito municipal:

- Que datos se manejan.
- Medios con los que cuentas.
- Que consumos son los más frecuentes
- Como se aborda el tema del alcohol, en todas sus vertientes.
- Que intervenciones se realizan en las diferentes áreas de actuación.
- Campañas, jornadas de sensibilización o actividades extraordinarias que se realicen.
- Etc.

Como veis son muchos y variados los temas a abordar, para lo cual contamos con la presencia de D<sup>a</sup> Lourdes Alapont Pinar, que como sabéis es psicóloga y trabaja en la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas de Mislata y el segundo ponente, que es también conocido por todos, D. José Gisbert Tío, psicólogo de la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas de UPCCA Vila-real, a quien les agradezco su participación en esta Jornada y les cedo la palabra.



## **PONENCIA:**

### **¿QUÉ ES LA PREVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO LOCAL?**

**D<sup>a</sup> Lourdes Alapont Pinar**

*Psicóloga. UPCCA Mislata (Valencia)*

**D. José Gisbert Tío**

*Psicólogo. UPCCA Vila-real (Castelló)*

Prevenir las drogodependencias y otras conductas adictivas desde el ámbito local puede concretarse en generar y poner en marcha una estrategia de trabajo que implique a toda la comunidad, cuyo objetivo sea promover la salud y reducir los problemas derivados del consumo de drogas y de otras conductas adictivas que se den en el ámbito municipal.

El trabajo desde el ámbito local exige conocer previamente la realidad social y la idiosincrasia de la población a la que vamos a dirigir la prevención. Conocer su cultura, las tradiciones, la organización del municipio, la representación social de las drogas en ese grupo de ciudadanos y contar con su participación en el diseño de las estrategias a aplicar es básico para poder diseñar líneas de trabajo que resulten eficaces. Además, se necesita conocer las acciones que hasta ahora se han llevado a cabo, su impacto y decidir sobre su continuidad. En suma, los distintos sectores poblacionales -los niños/as, los jóvenes, los mayores, la escuela, la familia-, tienen unas necesidades específicas de prevención que debemos conocer para poder atender.

Diferentes herramientas como las encuestas, los grupos de discusión, los paneles de expertos, las entrevistas con los líderes y agentes sociales, son utilizadas usualmente por los técnicos en prevención para poder conocer la realidad social. Además de estas, es importante generar canales formales e informales de comunicación con la ciudadanía; para ello, los Planes Municipales de Drogodependencias suelen tener comisiones ciudadanas integradas por las asociaciones juveniles, vecinales, culturales... y líderes sociales que transmiten una radiografía de lo que ocurre desde diferentes sectores del ámbito municipal.

Desde el ámbito municipal disponemos de una población acotada, con unos hábitos de salud más o menos homogéneos que presentan unos riesgos que hay que identificar; y con unos recursos que hay que integrar en la gestión de esos riesgos. Hablamos de recursos físicos como centros educativos, asociaciones, centros de atención a mayores, centros de salud, etc.; y también recursos culturales como la historia, tradiciones e idiosincrasia de la población a la que se atiende.

El hecho de que el ámbito físico de actuación sea el municipio permite la cercanía y el contacto directo con todos estos recursos y elementos de primera línea, una ventaja que va a facilitar el análisis de la realidad.

### **¿CUÁLES SON LOS ÁMBITOS PRIORITARIOS DE ACTUACIÓN?**

#### **Escolar:**

La escuela contiene de modo obligatorio a toda la población de un municipio con edades comprendidas entre los 6 y 16 años, y a la mayoría de 3 a 5 años. Este hecho garantiza poder llegar además de a los niños/as, a todos los preadolescentes y adolescentes, sin

excepción; y, por otro lado, permite llevar a cabo de forma continuada acciones de prevención del consumo de sustancias y otras conductas adictivas en esta población.

Además, la escuela tiene la cualidad de poder conocer muy bien a su alumnado, y por lo tanto, es capaz de seleccionar entre ellos a aquellos que son más vulnerables a implicarse de modo precoz en el uso de drogas, pudiendo realizar una prevención selectiva adecuada.

Los colectivos diana de la prevención escolar van a ser los estudiantes, el profesorado (incluyendo al equipo directivo del centro educativo) y el AMPA en representación de los padres/madres del alumnado. Para cada uno de estos colectivos estableceremos unos objetivos de acción diferentes.

Los equipos directivos de los centros de enseñanza son la puerta de acceso a la comunidad escolar; por lo tanto, será a ellos a quienes primero habrá que sensibilizar sobre la importancia de nuestro trabajo. Dentro de estos equipos, la dirección facilita el acceso a los programas de prevención, que serán estudiados y validados por el departamento de orientación del centro.

El profesorado va a requerir una formación, específica (de los programas de prevención y del fenómeno de las drogas en general) e inespecífica (dinámicas de grupo, educación en salud, herramientas para trabajar la prevención a través de las TICs, etc.); además, es necesario un acompañamiento que les ayude, por un lado, en la aplicación de las técnicas y materiales de prevención y, por otro, en la evaluación del proceso (facilitando la adecuación de los programas al grupo de alumnos específico).

El técnico de prevención local debe dedicar un gran esfuerzo al cumplimiento de los objetivos de actuación diseñados para el colectivo de profesores que trabaja en colegios e institutos de su municipio. Es más, debería percibir este esfuerzo como labor prioritaria en la esfera de la prevención escolar. Entre los objetivos dirigidos al profesorado, hay que señalar los siguientes:

- Conseguir que el educador encuentre en las acciones de prevención escolar de las drogodependencias herramientas útiles y prácticas que le ayuden a mejorar su dinámica en el aula.
- Hacer que los profesores no perciban el trabajo de prevención (en especial, la implantación de programas) como una sobrecarga extra a su trabajo diario.
- Sensibilizarlos en su papel de agentes sociales de primer orden, dignificando su trascendente labor educativa y recordándoles la responsabilidad social que tienen.
- Dotar a los profesores de una visión preventiva al realizar su trabajo, “ponerse las gafas de prevención” cada día al entrar en su colegio o instituto.

Con el alumnado, se hace prioritaria la labor informativa y, también, de sensibilización hacia otras formas de estar en el mundo. La prevención inespecífica es la estrategia más efectiva para lograr la participación activa de los estudiantes; esto es, fomentar en ellos el debate de otras cosas que, además, NO son drogas. Dentro del aula, el experto en prevención es capaz de detectar menores en situación de riesgo y establecer, junto al departamento de orientación y tutor/a, un plan de actuación.

En cuanto a las familias, hay que tener en cuenta la idiosincrasia de cada AMPA, pues en general la participación de las familias asociadas no es demasiado importante. En la

mayoría de casos se ocupan de organizar las actividades extraescolares del centro y, puntualmente, algún evento anual. Pero es importante que se dé un buen vínculo y cohesión entre las asociaciones de padres y la escuela, para conseguir sinergias y una prevención eficaz con perspectiva desde la comunidad.

### **Familiar:**

Por todos es sabido que las familias son el primer agente socializador del niño/a, las actitudes, los valores, las creencias, el autoconcepto, los aspectos más importantes relacionados con desarrollo del ser humano se obtienen de la familia. Sin embargo, los cambios en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al trabajo, los cambios sociales, el sistema educativo cambiante, las dificultades en las relaciones de pareja, etc. hace que los modelos educativos con los que fuimos educados estén en desuso.

La familia constituye, pues, un espacio idóneo para trabajar en la promoción de la salud en general, en la confirmación de una salud mental adecuada y en la prevención de las drogodependencias. La promoción de la salud mental desde casa es tan importante como las vacunaciones, la alimentación, los estudios y otros cometidos que a ningún padre se le ocurriría descuidar.

En este sentido, existen una serie de habilidades para la vida que la persona aprende de manos de sus padres durante la infancia y en los primeros años de su adolescencia; y modelos de crianza que no ayudan a que el hijo se capacite en ellas, sino que lo hacen vulnerable a conductas de riesgo, entre ellas el consumo precoz de drogas.

La prevención familiar tiene diferentes aspectos y debe realizarse desde que la mujer está embarazada informando y sensibilizando sobre los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; luego, de los 0 a los 3 años, trabajando en el establecimiento del vínculo y de un apego seguro, base del desarrollo de una personalidad sana; más tarde en la educación infantil y primaria creando modelos familiares saludables; hasta que, llegando la adolescencia, las familias se encuentran con la situación de consumo y deben aprender qué hacer y cómo reaccionar.

Los técnicos de las UPCCAs en colaboración con otros recursos municipales podemos asesorar a las familias para reducir los riesgos. Las acciones de los padres dirigidas a hacer menos probable el consumo de drogas de sus hijos se deben diseñar para realizar en el contexto de la prevención no formal, es decir, de modo más natural, en el marco de la convivencia diaria; y señalando tres grandes temas generales que engloban los factores de riesgo antes referidos: la educación normativa (límites y normas, buen manejo de la autoridad, etc.), relaciones afectivas (comunicación, educación emocional, etc.) y tiempo libre (aficiones, empleo del ocio, práctica deportiva, etc.).

Las modalidades o herramientas que se utilizan en la prevención familiar de las drogodependencias son variadas, destacando entre otras:

- Los grupos de apoyo para padres (talleres, escuela de padres, grupos informales de apoyo, etc.).
- Charlas, debates o conferencias.
- Talleres de tiempo libre compartido entre padres e hijos.
- Cursos on-line sobre prevención familiar dirigidos a padres.

## **Comunitario:**

Los programas multicomponentes donde además del trabajo preventivo familiar y escolar se trabaja desde la comunidad, resultan más efectivos. Trabajar desde el ámbito comunitario supone mantener un contacto directo en forma de coordinación con los recursos municipales que tienen especial interés en las personas (deportivos, culturales, sociales, lúdicos), las asociaciones y los agentes sociales importantes para la comunidad, así como realizar las campañas de manera transversal teniendo en cuenta los valores y tradiciones de la comunidad.

La herramienta más importante para organizar la prevención desde el ámbito comunitario es el Plan Municipal de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas, el Plan aprobado por Pleno se conforma como un órgano de gobierno municipal donde todos los concejales y técnicos representados participan organizando la prevención de manera coordinada, además de encargarse del seguimiento y evaluación del Plan Municipal.

La formación de los mediadores sociales (técnicos de medios de comunicación, informadores juveniles, monitores deportivos) resulta de especial interés al estar en pleno contacto con jóvenes y adolescentes desde el ámbito no formal.

Resulta además importante regular e intervenir con campañas de sensibilización y de reducción de riesgos en espacios municipales donde se administran bebidas alcohólicas como las fiestas populares, conciertos y demás eventos populares. También es necesario conocer las pautas de consumo de los jóvenes del municipio y trabajar en la reducción de riesgos con los dueños de bares y pubs más frecuentados, para favorecer una cultura de responsabilidad ante el consumo de alcohol.

## **VENTAJAS DEL TRABAJO DESDE EL ÁMBITO LOCAL**

Poder estar en contacto directo con las familias, el profesorado, los escolares, los técnicos municipales, los políticos, las asociaciones, etc. hace que se tenga una mirada amplia y al tiempo ajustada a la realidad del municipio. Esto facilita el diseño de las acciones y permite crear una estrategia comunitaria de trabajo, siendo un buen ejemplo los Planes Municipales de Drogodependencias.

Ser accesible para los menores es una condición indispensable para poder ayudarles ante una situación en riesgo. Para los adolescentes y los niños/as la concepción espacio-temporal es diferente de la de los adultos. Así pues, un profesional que puede acercarse a su propio IES y mediar en una situación de consumo con inmediatez es un profesional accesible y confiable. Sin embargo, si como docente a este menor lo tenemos que derivar a otro municipio donde esté ubicado el recurso, seguramente con lista de espera, no acudirá.

El mismo ejemplo del menor sirve para el resto de agentes sociales y educativos, el profesorado, las familias, incluso los políticos.

Si bien la multiculturalidad, con sus patrones específicos de consumo en muchas ocasiones, sobrevenido por la representación social que las distintas sustancias tengan en su cultura, también se da dentro de un mismo municipio, pudiendo encontrar grupos étnicos distintos en función de la zona o del barrio o barriada que atendamos. El análisis de la realidad resulta más sencillo que en ámbitos de actuación más extensos donde la población no es tan homogénea. También a la hora de obtener información y datos concluyentes de lo que sucede en relación con el uso de drogas, los interlocutores e

informantes sociales son más cercanos a un recurso institucional como es la UPCCA, conocen mejor los aspectos de la realidad por los que se les pregunta (los analizan “con los pies puestos en tierra”) y las conclusiones son más fiables porque no están contaminadas por la generalización de los resultados.

## **DIFICULTADES DESDE EL ÁMBITO LOCAL**

La escasez de los recursos económicos para realizar campañas de impacto, y la insuficiencia de recursos personales (la mayoría de las UPCCAs son recursos unipersonales), dificulta enormemente el trabajo de los técnicos en prevención. Además, se echa en falta dotar de prestigio a la figura del técnico en prevención como garante de la promoción de la salud en su sentido más holístico.

Asimismo, tenemos que contar con la movilidad de la población y los distintos criterios políticos del partido en el poder, que facilitan o inhiben las estrategias y programas de prevención existentes.

¿Qué ocurre cuando las drogas ya no son el primer problema social, aunque siga siendo un grave problema sanitario? Los recursos se reducen y los agentes sociales que pueden ser agentes preventivos pierden energía en su dedicación a la prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas, como el profesorado. Por ello es importante organizar estrategias conjuntas desde el ámbito comunitario para intervenir no sólo en las drogodependencias sino siguiendo el modelo de factores de riesgo y de protección en todas las variables que protegen al individuo y la comunidad de conductas antisociales, y promover la salud en la comunidad.

## **DISCUSIÓN**

El perfil del técnico en prevención de drogodependencias es un “todoterreno”, un “creativo transversal”, que cree en su trabajo y capaz de manejarse con múltiples códigos al relacionarse con agentes sociales y usuarios de muy diversa índole. Es un profesional necesario que debe conseguir tomar contacto con los agentes sociales y educativos más importantes de la población e impactar en ellos para que a través del método “bola de nieve” la prevención llegue a cada rincón de la ciudadanía.

La prevención de las drogodependencias es una profesión apasionante y creativa, que no se visibiliza porque sus resultados nunca son inmediatos.

## CONFERENCIA CLAUSURA:

### PRESENTACIÓN:

**Ilma. Sra. D<sup>a</sup> Lourdes Bernal Sanchis**

*Concejala de Sanidad y Consumo.*

*Ajuntament de València*

Es para mí una satisfacción presentar al Dr. Juan Antonio Corbalán que está una vez más con nosotros aquí en Valencia, ciudad a la que siempre le manifiesta un profundo afecto y que nosotros siempre le recibimos con mucho agrado.

Para quienes no lo conozcan les diré que Juan Antonio Corbalán Alfocea, nació en Madrid el día 3 de agosto del año 1954. Fue un excelente jugador de baloncesto profesional y para muchos profesionales y entendidos de este deporte, fue el mejor base europeo de la década de 1980 y uno de los mejores bases de la historia del baloncesto español.

Inició su trayectoria en el Colegio San Viator de Madrid, de gran tradición baloncestística, y fue allí donde Lolo Sainz se fijó en él cuando tenía 15 años. Entró en el Real Madrid, con el que obtuvo el título de juveniles. Jugó cedido en el Club de Baloncesto Claret, bajo las órdenes de Lolo Sainz, y pasó a formar parte del primer equipo del Real Madrid donde jugó desde la temporada 1971/1972 a la temporada 1987/1988. Jugó un mundial de Clubs en la temporada 1980/1981. La temporada 1990/1991 jugó en el Fórum Valladolid.

Como jugador de baloncesto alcanzó un palmarés extraordinario con el Real Madrid:

- Doce Ligas de España: (1971/72, 1972/73, 1973/74, 1974/75, 1975/76, 1976/77, 1978/79, 1979/80, 1981/82, 1983/84, 1984/85, 1985/86)
- Siete Copas de España: (1971/72, 1972/73, 1973/74, 1974/75, 1976/77, 1984/85, 1985/86)
- Una Supercopa de España: (1984/85)
- Una Supercopa de Europa
- Tres Copas de Europa: (1973/74, 1977/78, 1979/80)
- Una Recopa de Europa: (1983/84)
- Una Copa Korac: (1987/88)
- Tres Copas Intercontinentales: (1975/76, 1976/77, 1977/78)
- Un Mundial de Clubs: (1980/81)

A nivel internacional, jugó con la selección nacional de baloncesto de España 177 partidos (De la temporada 1972/73 a la temporada 1984/85). Destacando su participación en los Juegos Olímpicos de Los Ángeles del año 1984 y en el Campeonato Europeo de Francia del año 1983 consiguiendo en ambos medalla de plata.

Juan Antonio Corbalán es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Es Especialista en Cardiología, Medicina del Empresa y Medicina Deportiva.

En la actualidad, realiza su actividad profesional en el Hospital Ruber Internacional de Madrid, en el área de la Fisiología del Ejercicio, es Presidente de Maketeam y colabora con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Muchas gracias por participar en esta Jornada sobre Drogodependencias.

## **PONENCIA: “EL DEPORTE COMO ALTERNATIVA AL CONSUMO”**

**Dr. D. Juan Antonio Corbalán**

*Médico Especialista en Cardiología, Medicina de Empresa y Medicina Deportiva*

*Presidente de Maketeam*

*Exjugador de baloncesto del Real Madrid y de la Selección Española.*

En primer lugar me gustaría dar las gracias a la Concejalía de Sanidad y Consumo en la persona de Lourdes Bernal y de Francisco Bueno que son los responsables de esta iniciativa y por supuesto a la FAD, a la que me une una relación de muchísimos años en las personas de María Rodríguez y de Ignacio Calderón, todos ellos grandes amigos míos que el tiempo me ha ido permitiendo mantener.

Me gustaría, primero agradeceros vuestra presencia en estas horas que no son las más apropiadas, pero me gustaría que entendiéramos el tema de hoy no como un tema cerrado y concreto sino que nos abriéramos un poquito más porque como muy bien ha dicho Lourdes a mí me da la sensación de que el problema sobre el que se está hablando en estos momentos es únicamente la punta del iceberg, es algo que vemos, pero que debajo del agua, debajo de la superficie subyacen un montón de elementos, ya sean facilitadores o desencadenantes. Son elementos con los que convivimos, y el alcohol y el uso que se hace de él por parte de los más jóvenes es únicamente uno de ellos.

En mi opinión no son buenos tiempos para el orden, nunca lo fueron, la vida sigue una línea fundamentalmente de desorden, todo aquello que nosotros intentamos colocar por un lado habitualmente se descoloca por otro, pero es una tendencia, tenemos que aprender a vivir en una sociedad compleja y en una realidad compleja y eso no quiere decir que nos abandonemos al caos, sino que precisamente por eso tenemos que intentar buscar soluciones o planteamientos que nos permitan una convivencia dentro de eso que nosotros llamamos normalidad pero que la experiencia nos dice que no es normalidad en todo el universo y desde luego no es normalidad porque los elementos culturales desde los que se fija esa normalidad cambian de unos paralelos y de unos meridianos a otros en este mundo, de vez en cuando hay cosas que nos llevan a una reflexión como si dijéramos de urgencia.

En este caso, a través de la FAD parece que el mundo de la drogodependencia ha ido variando a una velocidad enorme, desde los tiempos de la heroína a los tiempos que nos movemos, desde unas drogas que podían ser más cerradas, más concretas, a unas drogas absolutamente abiertas, prácticamente toleradas muchas de ellas, muy abaratadas por el mercado y cada vez drogas que son como más sofisticadas de ámbitos más amplios y lo que es más preocupante usadas o con un contacto más precoz con las personas más jóvenes de nuestra sociedad.

En este caso, dentro de ese mundo de las drogas estamos hablando del mundo del alcohol pero podían ser otros mundos, podíamos hablar del mundo de la violencia o de las guerras en el universo o del mundo del hambre o del mundo de la falta de ética en una sociedad en la que nos estamos moviendo, por lo tanto estamos intentando poner orden a una cosa prácticamente minúscula.

Yo que vengo del mundo del deporte y tuve durante veinte años la misión de intentar colocar los equipos en los que yo jugué que fueron el Real Madrid y la Selección Nacional es como si estuviera colocando solamente el juego o la actividad de un solo jugador

aunque mis compañeros eran doce, por lo tanto tenemos que ser conscientes de que esto sobre lo que estamos reflexionando, sobre lo que estamos intentando buscar las mejores soluciones que podamos transmitir a futuras generaciones es únicamente un trocito de esa herencia que creo que una sociedad merece poder transmitir a los jóvenes.

Me alegra que muchas de las caras que tenemos hoy aquí sean personas jóvenes, inquietas y preocupadas precisamente por el mundo que os va a tocar vivir, hay otras personas que veo ya más maduras que entiendo que conforman parte de esa población entre la que me incluyo que no queremos conformarnos con lo que ese desorden del que hablaba antes, esa entropía en la que nos movemos nos vaya a deparar.

Tenemos de alguna manera que reivindicar que debemos de hacer algo y que podemos hacer algo, pero sí me gustaría decir que las soluciones que podamos encontrar al problema que estamos analizando no pueden ser soluciones basadas exclusivamente en la experiencia. Habitualmente los humanos utilizamos la experiencia como un elemento que nos permite comprender las cosas, que nos permite encajonar las cosas en aquellos cajones en los que nos encontramos más cómodos, que los tenemos más a mano, en las que podemos ser útiles a los demás pero eso no es más que una limitación, la limitación que nos permite un cierto nicho de comodidad, no puede haber una solución del pasado para un problema del futuro y nosotros no estamos poniendo una solución a algo que está ocurriendo ahora ni a algo que pueda ser asumible por la experiencia, estamos intentando poner un camino que facilite esa solución a algo que va a ser una tendencia de futuro, nunca el pasado fue solución para el futuro, por eso creo que estamos en un momento donde el modelo que estamos utilizando es un modelo superado y es un modelo que los mayores, los que entendemos que tenemos que buscar esa solución debemos ser responsables y conscientes. Muy posiblemente la solución no esté tanto en nosotros sino en crear unos jóvenes, en crear unas personas con las mejores capacidades para enfrentarse a los problemas que ellos vivirán y que nosotros no viviremos. Me parece que ese es el secreto de todo eso que ahora se llama gestión del conocimiento, la sociedad es un elemento dinámico y por lo tanto tiene que ser un elemento que camine hacia la delegación a las generaciones futuras.

Por poner un ejemplo claro o fácil de entender, sería como si nosotros hubiéramos recibido una herencia social que ha ido mejorando con los años, fuéramos capaces de enriquecerla y podamos decir con orgullo cuando pasen los años que entregamos una herencia aún mejor, sin soluciones, pero sí con un camino más o menos definido, con un marco que va a permitir que las futuras generaciones tengan más capacidad de respuesta a aquello que se van a tener que enfrentar, sería como intentar buscar orden o poner orden en el caos, teniendo en cuenta que normalmente todo tiende al caos.

Nosotros pertenecemos a una sociedad y esa sociedad cada vez es más abierta, sin embargo venimos de mundos cerrados, poco antes de la globalización, poco antes de Internet, las sociedades se conformaban como núcleos absolutamente cerrados, núcleos absolutamente endogámicos donde la realidad compleja a la que me refería antes ha ido haciendo caer muchos dogmas, desde los religiosos a los culturales de manera que ya nadie es ajeno a lo que ocurre en el otro lado del mundo y eso forma parte de uno de los elementos de complejidad.

Estamos en un sistema más abierto que nunca y por lo tanto estamos en un sistema que incluso a los teóricos, incluso a los que estudiamos determinadas parcelas, muchas de estas cosas nos acaban sorprendiendo. Por lo tanto, me parecería una presunción entender que nosotros íbamos a poder dar esas soluciones de futuro e incido una vez más que esa es una tarea que es de vosotros, que es de los jóvenes y nuestra tarea es intentar hacer que tengáis el mejor escenario para que podáis encontrar esas soluciones .



La realidad en la que nos movemos es una realidad que está marcada por infinitos grados de libertad, nosotros no podemos cerrar, no podemos tender a cerrar las sociedades cuando ya la tendencia es de una apertura absoluta. Por lo tanto, no podemos ir a la seguridad de decir: yo cierro mis fronteras, cierro las puertas de mi casa, me encastillo y aquí todo va a ocurrir como a mí me gustaría que ocurriera. Eso es imposible.

Tenemos que ser capaces de abrir nuestras murallas, de observar el mundo que tenemos alrededor nuestro y poder ser capaces de vivir en él y de vivir en él en la mejor realidad que nosotros podamos crear. Es ahí donde tenemos posibilidad de hacer cosas, y la primera posibilidad es lo que yo denomino el discurso. No tenemos por qué renunciar a nuestro discurso, no tenemos por qué avergonzarnos en una sociedad libre, en una sociedad permisiva, de intentar transmitir determinados elementos o valores que parece que pueden estar pasados de moda, pero hay valores universales, hay valores que se deben mantener y hay valores que debemos propagar todos aquellos que entendamos que hay cosas que pueden facilitar los caminos de los que estamos hablando.

Estamos en una etapa de antropocentrismo, de laicismo, de individualismo, y es así, curiosamente en escenarios más abiertos, en un mundo más abierto, es un mundo que te permite estar en contacto con todo el mundo pero generalmente en posiciones de soledad porque la tecnología nos ha llevado también a todo eso.

Por un lado tenemos esa posibilidad infinita de estar como decía en contacto con todos pero eso no marca más que la realidad a la que quería referirme antes de que aunque estemos rodeados de mucha gente realmente estamos siempre solos. A veces algunos tienen o pueden encontrar la seguridad que da una familia, la seguridad que da un grupo de amigos, la seguridad que da un colegio, pero yo quiero hacer hincapié en que nosotros tenemos que salir de esos ámbitos que siguen siendo cerrados y tenemos que crear sociedades que yo denominaría intelectualmente seguras, sociedades en las cuales con sentido común y sobre todo con criterios de responsabilidad entendamos que es un camino por el que nosotros podemos mandar a caminar a nuestros más jóvenes. Podemos tener dos líneas de actuación ante esa situación que estoy describiendo y el racionalismo nos viene de esa experiencia acumulada. Por un lado, he hablado de ese "aislarse de todo" y hacer sociedades cerradas o entornos cerrados endogámicos, pero eso, desde mi punto de vista, no es la solución, el control, la actuación imperativa no es para mí en absoluto la solución.

La segunda vía es la vía a la que yo creo que nos tenemos que enfrentar. Viene siempre de criterios de libertad, de criterios de diversidad y fundamentalmente de criterios de respeto. Por un lado tendríamos la imposición, por otro lado tendríamos la delegación, pues hacia ese camino vamos. Hacia una sociedad en la que tenemos que aprender a delegar incluso nuestras ideas en personas que aunque consideremos todavía jóvenes, inmaduras, ya tienen que enfrentarse a situaciones realmente difíciles.

El gran reto que tenemos, y sólo se puede entender a través de la educación, es que seamos capaces de hacer entender a esas personas, a esos hijos, a esa juventud, a esos adolescentes que precisamente la gran riqueza que supone la libertad sólo tiene valor cuando va acompañada de la responsabilidad y es ahí donde nuestro conocimiento y donde la forma de transmisión de ese conocimiento tiene que ser siempre creando personas responsables y que sepan analizar en la medida de sus posibilidades la realidad en la que estamos viviendo.

Pensamos siempre que la formación es exclusivamente académica, cuando hablamos del conocimiento siempre vamos a esas materias que han conformado ese currículum con el que nos hemos tenido que enfrentar en la escuela y en las universidades y luego ya en el

ejercicio profesional. Pero a mí me parece que hay una formación que sería todavía más importante y que sería el auténtico caballo de batalla, yo hoy lo digo desde aquí, soy un absoluto convencido de eso que se ha llamado educación para la ciudadanía, me da igual el nombre pero lo que si creo es que nosotros no podemos pensar que podemos hacer una buena sociedad si no somos capaces de tener la conciencia clara y concreta de qué aportamos cada uno de nosotros para enriquecer esa sociedad y eso se llama educación cívica, me da lo mismo cómo se imparta.

Posiblemente lo ideal sería que un consejo de sabios utilizando esa experiencia que han acumulado durante tantos años fuesen capaces de crear un elemento que te permite introducir en todo el mundo esos criterios de idoneidad de comportamiento con lo que llamamos sociedad, sería como entender que para tener una gran sociedad cada uno de nosotros debemos ser un buen ciudadano y eso es independiente de credos religiosos e independiente de credos políticos y eso daría o facilitaría soluciones a todos esos problemas a los que nos tenemos que enfrentar.

Uno de ellos es el tema del mal uso de una sustancia como pueda ser el alcohol en nuestros jóvenes. Nuestra cultura ha hecho que hayamos tenido que convivir con determinadas bebidas alcohólicas, por lo tanto no me gustaría que haciendo un ejercicio de reduccionismo entendiéramos que todo aquel que bebe alcohol debe ser algo que esté absolutamente criminalizado, no, porque lo hacemos cada uno de forma distinta y es muy difícil encontrar una persona que no haya tenido contacto con una bebida alcohólica a lo largo de su vida.

Incluso aquellos que pueden presumir de no consumir alcohol posiblemente no saben que nuestra propia fisiología por el metabolismo de nuestros hidratos de carbono ya produce alcohol luego todos nosotros tenemos un metabolismo que está hecho para poder metabolizar el alcohol que hay en determinadas sustancias, en alimentos y en bebidas. Pero no se trata de qué, se trata del cómo y ese cómo es el que está en cada uno de vosotros, el cómo os enfrentéis a esa realidad que vais a tener que vivir es realmente el secreto del éxito y para ello nosotros podemos intentar hacer una juventud que sea prácticamente uniforme, que esté caminando todos en fila india por un sendero que los mayores consideramos el ideal como si fueran borregos o podemos elegir crear gente, educar gente con la capacidad para que cada uno sepa elegir el camino por el que sortear este problema y muchísimos más problemas que se le van a ir presentando a lo largo de la vida.

Afortunadamente para mí, por encima del conocimiento académico que yo haya podido tener, me ayudó muchísimo el deporte, me ayudó el deporte para entender que los caminos que llevan a un determinado punto que podía ser el éxito no es un camino único, cada uno llega a su éxito personal a través de caminos muy distintos, porque el último camino el que te hace ser una persona realmente útil es aquel que se expresa a través de la utilidad a los demás.

Os cuento una pequeña anécdota, cuando fiché por el Real Madrid tenía apenas 16 o 17 años. Cuando empecé a jugar y a entrenar con un equipo casi todo el mundo me doblaba la edad, todos eran grandes figuras y yo era un pequeño chaval que asomaba entonces la cabeza. Vicente Ramos era uno de los bases que jugaban en mi posición y ya era veterano y cuando llegué al equipo una de las primeras veces que entrené con ellos, Vicente me dijo: "mira Juanito, tú eres un gran jugador y vas a ser un jugador muy bueno en España pero este equipo no te va a analizar, no te va a juzgar por lo bueno que tu seas, te va a juzgar por lo buenos que puedas hacer a los demás". Es una enseñanza que me gustaría transmitir, cuando os quedéis solos e intentéis hacer una valoración de qué pintáis en este mundo me gustaría que os preguntarais qué hacéis por los demás,

de qué manera hacéis que vuestro entorno sea mejor y de qué manera aquellos que os rodean pueden beneficiarse de lo que vosotros estáis haciendo.

Ese es un comportamiento vital que nos vale para todo porque es el comportamiento que yo denomino un comportamiento de trascendencia, lo que hacemos aunque nos parezca que es sencillo, o trivial, o diario, o algo muy normal, siempre tiene ya sea por el ejemplo, ya sea por los efectos colaterales o por los efectos inmediatos, mucha trascendencia para mucha gente.

Por lo tanto hay que dar elementos que faciliten esa utilidad. Hay cuatro elementos que nos permiten transmitir esa utilidad de cada una de las cosas que nosotros podemos hacer, cuatro formas de intentar que todo el mundo sea un poco mejor en el contacto con nosotros:

- Uno de ellos es compartir la experiencia, uno de los problemas enormes que tenemos en nuestra sociedad fruto de ese aislamiento y de ese individualismo que hemos ido adquiriendo es que pensamos siempre que nuestros modelos de éxito son modelos cerrados y dependientes de nuestras habilidades por eso vivimos en un mundo de líderes, todo el mundo quiere buscar referentes como si de repente supiéramos que hay alguien que parece que esté iluminado por algo divino y que le permite ser distinto de los demás y esa gente será buena o será mala en función de esa formación pero realmente será útil en función de la capacidad que tenga para compartir la experiencia, para hacer que tu experiencia marque un sendero de comodidad, un camino de facilidad para afrontar el resto de la vida que tienen las personas que estén a tu lado.

- Otra sería lógicamente facilitar el conocimiento, las personas que por la edad que tenemos, o por el rango o las posiciones que tenemos somos capaces de ser puntos de apoyo, si somos capaces de ser gente que no imponga soluciones pero que sí facilite el conocimiento de aquellas personas que vayan a tener que afrontar las dificultades, tenemos que ser una sociedad de mayores o de más jóvenes que sean capaces de transmitir confianza en la gente que nos rodea, transmitir confianza en nuestros compañeros de equipo, transmitir confianza a aquellos que tienen que arrojarse en una tribu nueva y que para poder ser aceptados tienen que adoptar roles que a lo mejor no serían los más aconsejables pero que parece que son los que le homologan a esa estirpe de los ganadores o de los triunfadores o de los que son más brillantes a unas determinadas edades. Pues a esa gente solamente se le puede abordar desde un elemento de confianza en lo que ellos piensan y hay que intentar que ellos acaben pensando de forma individual pero con ese criterio de utilidad social.

- El último elemento es la capacidad de enseñar a delegar el poder, la influencia, el dinero, tiende a concentrarse, incluso en los equipos de trabajo más cortos en la sociedad y creo que vivimos en la actualidad una clarísima etapa de maldad fruto de esa concentración de lo que podíamos considerar poder, ya sea económico, ya sea político, ya sea social, como queramos.

Es importantísimo que entendamos que una sociedad activa, ideal, que pueda seguir transmitiendo cosas es aquella sociedad que se enriquece de haber sido delegada por otros para gestionar algo, para tener responsabilidad para que las cosas dependan de alguna manera de cada uno de nosotros y no tengamos siempre que asumir elementos o reflexiones impuestas por otros que el organigrama vital, nos coloca como personas más influyentes o personas de más jerarquía.

Nunca renunciéis a ser vosotros, esa es la riqueza, primero vuestra pero después de la sociedad porque el modelo repetido no vale absolutamente para nada. Cuando entras en un equipo deportivo vales para un equipo si eres capaz de añadir valor en el mundo de la

investigación. En cualquier mundo en el que nosotros nos queramos mover aquellos que son capaces de aportar algo son los que valen y los únicos que pueden aportar cosas nuevas son la gente joven, los únicos que pueden adoptar una situación de compromiso de cara al futuro con soluciones de cara al futuro son las personas jóvenes. Por lo tanto, el joven no es un elemento pasivo en esto que llamamos orden social, el joven tiene que ser alguien absolutamente activo, protagonista, alguien que sepa entender que su papel en esta sociedad es un papel de responsabilidad y de transcendencia.

Decía al principio que vivimos rodeados de gente y que al final las decisiones las tenemos que tomar solos. Me preocupa porque esa reflexión es algo que no todo el mundo tiene asumido. El desarrollo tecnológico nos invita a entender que cualquier duda o cualquier solución que tengamos que adoptar ya ha pasado por alguien que ha vivido lo mismo y que te va a dar la respuesta. Me resulta muy gracioso cuando estás con tus hijos y hablamos de cómo nos educamos unos y de cómo se educan los más jóvenes ahora todo el mundo dice: “pero es que ahora todo está en Internet”, efectivamente todo está en Internet pero ahí queda ello, Internet “per se” no es nada si tú no eres inquieto, si no quieres rascar, si no quieres profundizar en las cosas que realmente son importantes. Y el joven ahora tiene que elegir entre una vida trivial, una vida pasiva o elegir por vivir su propia vida. A mí me gusta la gente que vive su vida, la gente que asume ese papel y dice: “muy bien, estoy en un mundo de unas características con unas tendencias donde nos mueven de acá para allá, en una sociedad que parece que cada vez somos más inertes”. Bueno pues ahí está el punto de rebeldía, para reivindicar que cada uno de vosotros jóvenes o cada uno de vosotros educadores que tenéis que transmitir las cosas sois uno e irrepetible y eso es algo que os pertenece a vosotros, es vuestro capital es algo a lo que no podéis renunciar nunca, porque sino entramos en eso que denomino “el síndrome de la juventud perdida”. Por fruto de esa rapidez con la que ocurre todo en esta vida y de la complejidad en la que nos movemos realmente pasamos de ser niños protegidos por nuestra familia a de repente salir fuera de nuestro castillo y estar absolutamente solos teniendo que tomar un montón de decisiones. Es como si no tuviésemos un proceso de formación suficiente porque parece que el mundo al que nuestros jóvenes se tienen que enfrentar es un mundo no vivido por los mayores. Entonces pasas realmente de la protección al desamparo y en ese momento, en ese cruzar ese puente es donde se produce, yo diría que el momento de máxima vulnerabilidad si no hemos sido capaces de actuar sobre nuestros niños ya desde el colegio, el colegio ayudado naturalmente por la familia pero por una familia que entienda no como un nicho de protección absoluta o de hiperprotección, con una familia que entienda que incluso nuestros hijos, realmente no nos pertenecen, son personas autónomas, son personas que van a tener que elaborar su vida por sí mismos y que los modelos que nosotros les podamos dar sólo son modelos facilitadores pero que ellos van a tener que adoptar la construcción final del edificio que va a suponer su vida.

Si no hacemos esto acabamos con personas, que es lo que está ocurriendo en este momento donde no tienen ningún elemento en el que afianzar su propia valía. Eso que llamamos ahora autoestima. Ahora hay un montón de jóvenes desgraciadamente que encuentran que después de una formación más o menos académica durante mucho tiempo son incapaces de identificar para qué valen, ¿por qué?, porque el mercado, porque los demás, porque la sociedad que hemos hecho, una sociedad absolutamente finalista “si me vales para algo bien, si no, no existes”.

Y nuestros jóvenes tienen que entender que a ese mundo es al que van y tienen que entender que luchar contra ese mundo sólo se podrá hacer desde soluciones que puedan ser aportadas por todos vosotros, soluciones que nos valgan para intentar añadir ese valor social desde una posición yo diría casi de egoísmo, de saber querernos a nosotros mismos. Eso es imposible sin protagonismo, eso es imposible si únicamente somos un elemento pasivo en la tribu en la que nos ha distribuido el destino. Por lo tanto,

recuperemos la autoestima desde el protagonismo, desde que estando donde tengamos que estar sepamos ser siempre nosotros, sepamos no renunciar a nuestras ideas, sean políticamente correctas o no lo sean, y el tiempo nos enseñará a saber dónde han estado nuestros errores y ahí sí es donde el resto de la sociedad podrá ir colocando a cada uno de nosotros.

El problema sobre el que se están desarrollando estas Jornadas es un problema de esos a los que os tenéis que enfrentar desde posiciones absolutamente individuales, no os vale para nada lo que os digan si aquello es imposición, os valdrá si es elemento facilitador para que cada uno de vosotros sea capaz de elaborar lo que es solución a cada uno de los problemas.

Había un viejo aforismo que decía que “si cada uno de nosotros barriésemos nuestra puerta el mundo estaría limpio”, bueno pues apliquémoslo aquí, si cada uno de nosotros somos capaces de afrontar esto desde nuestra convicción y desde nuestro sentimiento de querernos y de querer a la gente, el mundo al que vayamos posiblemente tenga más posibilidades de estar limpio.

Los modelos compartimentales que he dicho al principio, los cajones, es algo que necesitamos, lo necesitamos para comprender las cosas no sólo en esto que llamamos ciencias sociales, en el arte, en la literatura en cualquier sitio. Si os fijáis, todos somos capaces de decir primero el romanticismo, luego el gótico, luego el renacimiento, es como si nosotros necesitáramos encajonar todo para que nuestro conocimiento pueda ser más útil.

Sin embargo, tenemos que ampliar ese concepto a unos criterios mucho más abstractos, a criterios de convivencia cruzada a saber que el románico y el gótico durante mucho tiempo convivieron y que todos los estilos,elijamos los que elijamos, no surgen por generación espontánea, surgen por evolución desde otros modelos que ya imperaron antes, bueno pues ese paso al que yo me estaba refiriendo antes, ese momento desde la protección a la libertad extrema es el paso que vosotros tenéis que definir y es un paso que tenéis que hacer como he dicho en vosotros, pero que tendréis que hacer en vuestra pandilla de amigos, en vuestras empresas, en determinados grupos dependientes de los criterios más dispersos y en una sociedad de futuro que realmente no sabemos cuál va a ser porque los modelos que vamos ideando son modelos que van siendo destruidos por la realidad compleja a la que vamos.

Estamos en un momento de crisis llamémosla financiera que parece ser que ni los más sabios del mundo fueron capaces de prever y si alguno lo previó y sabía adónde íbamos fue lo suficientemente perverso como para dejar que todos cayéramos en eso que en este momento es la crisis. Por lo tanto, tenemos que luchar contra un mundo inerte. Algunos podemos tener la capacidad de expresarnos para todos y de transmitir un mensaje en el que creemos y que lo ponemos a disposición de vuestro juicio. Pero vosotros no sois desiguales en esto, cada uno de vosotros tenéis un ámbito de discurso y cada uno de vosotros cuando os pregunten tenéis que elaborar un discurso y tenéis que asumir compromiso y por mucho que sea bueno escuchar en esta vida de vez en cuando es muy bueno hablar, es muy bueno posicionarse, es muy bueno decir yo creo en esto y soy capaz de defender esto. No renunciéis nunca a un discurso, elaborarlo, ante cualquier situación, en cualquier problema intentar elaborar vuestro discurso que eso va a responder a vuestra esencia.

La gente que no opina, que no se manifiesta, que no se moja, que no habla acaba perdiendo su vida, acaba siendo un elemento al que se le acostumbra a vivir vidas de terceros, vidas de otros, gente que va para acá o para allá en función de la grandilocuencia o en función de la brillantez de eso que llamamos líderes sociales, los

habrá, me parece bien que los haya pero cada uno de los líderes sociales tiene que estar siempre o tiene que tamizarse siempre a través de las capacidades y del intelecto de cada uno de nosotros.

Vosotros los jóvenes tenéis que vivir, nosotros los mayores tenemos una experiencia y queremos intentar transmitirlos que podemos ayudaros en la medida en la que vosotros creáis. Pero vosotros sois los que tenéis que demandar, no podéis quedaros en que alguien os diga cosas, tenéis que ir allá donde estén los problemas, tenéis que rascar en ellos y encontrar las soluciones que realmente se acomoden a vuestra realidad no a nuestro confort. El mayor tiende al confort, la vida es movimiento o quietud, el orden llevado al límite es la muerte, la juventud es movimiento, es búsqueda, es intentar encontrar cosas que no existen. No renunciéis a ello porque ahí está la solución o parte de la solución al problema que nos ocupa hoy y al problema al que os vais a tener que enfrentar.

Eduardo Galiano magnífico literato uruguayo en una conferencia que dio en Estados Unidos hablaba de la utopía y decía que la utopía se comporta como el horizonte, nosotros vemos el horizonte, esa meta a la que queremos llegar, caminamos cincuenta pasos y el horizonte se aleja cincuenta pasos, caminamos quinientos pasos y el horizonte se aleja quinientos pasos, algún estudiante le dijo: bueno pues entonces la utopía no vale para nada y Eduardo Galiano le contestó que la utopía sirve para caminar.

Precisamente buscando ilusiones, buscando proyectos, buscando algo más somos capaces de movernos y en ese movimiento realmente es donde está la vida y a través de ese movimiento es donde muchos de vosotros vais a encontrar si no la solución final sí la solución al mundo que os ocupa a vosotros, y cada uno que elija, cada uno de vosotros tiene que buscar su mundo cada uno de vosotros va a recibir lo poco o mucho que os hayamos podido dar y cada uno tenéis que transmitir, no penséis que la cadena se acaba en vosotros, cada uno tenéis que transmitir aquello por lo que creáis que merece la pena luchar en esta vida para transmitirlo a las futuras generaciones.

Creo que ahí está parte del secreto o por lo menos tal y como yo lo entiendo, de este mundo de complejidad en el que nos estamos moviendo, un mundo de complejidad que sin vosotros se acabará porque cualquier esperanza de vida, cualquier movimiento, cualquier posibilidad de mejora pasa inexorablemente por hacer una juventud mejor para un mundo que va a tener que estar regido por todos vosotros no por nosotros. Gracias.

