



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/550.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Universitarios controlando riesgos: liderazgos participativos frente al consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes**

Autores Ana Amezcua González, Sandra M. Hernández-Zambrano, Manuel Amezcua Martínez

Centro/institución Fundación Index

Ciudad/país Granada, España

Dirección e-mail Psico.audri@gmail.com

RESUMEN

La pregunta de investigación de este proyecto es ¿tienen los estudiantes universitarios con formación sanitaria capacidad para instaurar estrategias encaminadas a reducir los riesgos asociados a consumos intensivos de alcohol en colectividad interviniendo entre sus propios pares? **Objetivo.** Determinar la capacidad que tienen los estudiantes universitarios de disciplinas socio-sanitarias, para instaurar estrategias encaminadas a reducir los riesgos asociados a consumos intensivos de alcohol en colectividad. **Diseño.** Estudio multicéntrico y cualitativo mediante Investigación-Acción Participativa. **Emplazamiento.** Cinco universidades españolas donde el consumo colectivo de alcohol se ha dado con mayor repercusión pública. **Sujetos de estudio.** Estudiantes universitarios de ambos sexos de disciplinas sanitarias. **Procedimiento de selección:** intencional. **Recogida de datos.** Se hará en base a las fases de la IAP: sensibilización, interacción, modelización. **Análisis de los datos.** Análisis cualitativo inter-grupo e intra-grupo. Para las entrevistas se realizará un análisis del discurso de tipo semántico. **Palabras clave:** Investigación acción participativa, Consumo de alcohol, Investigación cualitativa, Estudiantes universitarios, Disciplinas sanitarias.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes y estado actual del tema de estudio

La OMS ha advertido de la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol y ha enfatizado su preocupación ante las tendencias de consumo que se observan en las capas más jóvenes de la sociedad. Según el último informe de la OMS (Global status report on alcohol and health, 2014), el 68,3% de los españoles mayores de 15 años consumen alcohol con regularidad, de los cuales el 19,6% está en riesgo de dependencia, mientras que un 0,7% ya es alcohólico. En el año 2014, España duplica, con 11,2 litros de alcohol puro al año, la tasa mundial de consumo de alcohol (6,2 litros por persona al año).

En el contexto Español, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (2013/2014), refleja que el alcohol es la primera sustancia más consumida entre la población de 15 a 64 años (78,3% en el 2013). La edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas está en 16,7%. Por otra parte, la prevalencia de borracheras muestra una tendencia estable: 2 de cada 10 personas se han emborrachado en el último año. El 15,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alcohol en atracón en el último mes, y las mayores prevalencias están en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 29 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y otros, 2015)

Estos datos evidencian lo que varios estudios describen como un cambio del patrón de consumo mediterráneo, consistente en consumo diario moderado en el ámbito familiar, por el modelo nórdico, consistente en la realización de ingestas masivas en espacios públicos en el fin de semana y la abstinencia durante el resto de la semana^{1,3,5,6}. El problema se complica cuando este amplio grupo de personas que consume alcohol de manera excesiva basan sus reuniones sociales y su ocio en este tipo de prácticas. El consumo concentrado de alcohol (*binge drinking*) aparece como parte del ocio de los jóvenes antes de salir fiesta con el objetivo de conseguir una borrachera en poco tiempo.

En las universidades españolas, se han realizado diversos estudios que problematizan los consumos intensivos de alcohol en esta población. En la Universidad de Alicante, el 68% de los estudiantes universitarios son consumidores habituales de alcohol (más los hombres que las mujeres), más del 8% consumen bebidas alcohólicas en exceso y un 38% admite haber conducido habiendo abusado del alcohol o haber sido acompañante de un conductor que había bebido en exceso⁷. En la Universidad de Huelva se realizó un estudio con jóvenes de licenciatura en Psicopedagogía. Los resultados reflejan que el alcohol es la primera sustancia consumida, todos los jóvenes lo habían ingerido alguna vez. De la población estudiada el 87% de los jóvenes lo consumieron en los últimos 30 días⁸.

Por otro lado, diversos estudios confirman que han cambiado las pautas de consumo de la población femenina. Un estudio realizado en la Universidad de Vigo muestra que las universitarias tienen un consumo concentrado de alcohol (*binge drinking*) mayor que el de los hombres, (56,1%)⁹. En otro estudio de la Universidad de Granada se evaluó mediante un cuestionario de estilos de vida el tipo de alcohol y frecuencia de consumo en universitarias granadinas, encontrando que el 63% de las mujeres consumen alcohol. El patrón de consumo del grupo más joven corresponde en gran medida a un consumo centrado en los fines de semana (33,3%)¹⁰.

Este estudio se suma a las recomendaciones actuales de incluir la perspectiva de género en las investigaciones para evitar los sesgos de género en la atención sanitaria a la sociedad que atendemos. En concreto la asimilación fisiológica del alcohol y sus consecuencias difieren según el sexo¹¹, por lo que las pautas de consumo de alcohol entre diferentes sexos pueden variar o estas motivadas por diferentes pretensiones. Asimismo, las estrategias que pueden ayudar a hombres, puede que no sirvan para mujeres.

Son aún muy escasos los estudios que consideran a los propios jóvenes como sujetos activos para promover cambios en los hábitos, cuando se refieren a intervenciones encaminadas a reducir los riesgos del consumo colectivo de alcohol. Uno de los enfoques actuales está orientado a las estrategias de prevención ambientales que persiguen modificar el entorno social, cultural, físico y económico que influye en la toma de decisiones individuales^{6,12}. Estas estrategias se empiezan a instaurar en Europa desde hace relativamente poco tiempo. A la luz de la corriente normativa aparecen diferentes intervenciones encaminadas a dificultar el acceso y consumo de alcohol o a la reeducación de quienes hacen un uso abusivo, especialmente en jóvenes universitarios. En EEUU se ha intentado poner límite a esta práctica en la universidad mediante la implantación de programas obligatorios de educación y consejo para aquellos estudiantes que violen las políticas sobre el consumo de alcohol en los campus, sin embargo parece que ser que este tipo de intervención es efectiva para una reducción moderada del consumo pero su influencia es poco duradera¹³.

También se han llevado a cabo intervenciones de feedback personalizado que proporcionan información sobre el propio consumo, problemas relacionados en él, conductas, riesgos percibidos, consecuencias negativas, tiempo, dinero gastado, entre otras¹⁴. Las intervenciones conductuales se completan con estudios de la voluntad de cambio de conducta mediante escalas de contemplación y estudios de influencia de iguales en el consumo de alcohol, mientras que otros estudios promueven el uso de conductas protectoras (evitar juegos relacionados con beber, rotación del amigo que conduce) ya que su uso es inversamente proporcional al consumo de alcohol y problemas relacionados con él¹⁵.

Otra parte de los estudios sobre intervenciones para la reducción de riesgos asociados a consumos de alcohol en universitarios, se han llevado a cabo en los emplazamientos educativos con predominancia en la utilización de diseños experimentales y cuasiexperimentales. Un estudio en la Universidad de Massachusetts evaluó la eficacia de una intervención a gran escala basada en entrevistas motivacionales y educación y diseñada para reducir el abuso de alcohol en universitarios. Según los hallazgos la intervención es eficaz, sobre todo en hombres universitarios que tienen consumo de riesgo¹⁶. En México se implementó y evaluó una intervención (curso-taller) preventiva integral en un grupo de universitarios, con resultados efectivos solo a corto plazo¹⁷.

Dos estudios han utilizado la entrevista motivacional para reducir los consumos abusivos de alcohol en universitarios. En EE.UU., el estudio de LaBrie y cols. se dirigió a chicas que recibieron sanción por violar las políticas sobre el alcohol en el campus de la universidad. Se trata de una intervención en grupo centrada en los motivos para beber de la mujer, así como toma de decisiones y fijación de objetivos. En los resultados se observa que este programa es más efectivo para los consumos de alto riesgo (fueron las mujeres que más bebían las que más redujeron su consumo) en relación a los que bebían en niveles moderados¹⁸. En esta misma línea Kazemi y cols. miden la efectividad de la

entrevista motivacional como intervención sobre la cantidad de *blackouts*. Se considera este método efectivo cuando se trata de consumos de riesgo y uso de drogas, así como para minimizar las consecuencias negativas del consumo desmesurado¹⁹.

Teniendo en cuenta la función de las redes sociales y la cultura digital como determinantes en el quehacer cotidiano de los jóvenes, otros estudios hacen referencia a la utilización de las TIC's en la implantación de estrategias orientadas a los cambios de comportamiento⁶. Una revisión de Elliott y cols. determina la efectividad de las intervenciones por internet en la población universitaria para reducir el consumo de alcohol²⁰. Se explica que las intervenciones electrónicas de retroalimentación breve han demostrado ser eficaces entre los consumidores de alcohol.

Son muy escasos los estudios localizados que aborden las conductas de riesgo asociadas a los consumos intensivos desde la perspectiva de los significados y las representaciones sociales de los universitarios. Las perspectivas socioculturales entienden el riesgo como una construcción que depende de factores vinculados a estructuras sociales dadas, y por tanto en su valoración no se tiene tanto en cuenta el carácter individual, sino que pesan más cuestiones como los valores sociales, la visión de las instituciones o la información en los medios^{1,21}. En el contexto español podemos destacar los trabajos, que aunque no se centran en la dimensión colectiva del fenómeno, reafirman la importancia de la visión que proponemos en nuestra investigación. Añños Bedriñana argumenta que las representaciones sociales vienen a ser una visión que guía los comportamientos de los jóvenes españoles sobre el fenómeno de las drogas, concretamente el alcohol, tabaco y cannabis²². Gil Nevot y cols. defienden la importancia de las representaciones sociales, mentales y modelos culturales sobre la salud, que no siempre coinciden con el discurso sanitario²³.

Específicamente, estudios en el ámbito universitario, basados en enfoques socioculturales, se encontraron las investigaciones del grupo "Psicología, Ciencia y Tecnología de la Corporación Universitaria Iberoamericana" de Bogotá (Colombia), que realizaron dos estudios dirigidos a identificar elementos para diseñar programas de prevención del alcohol a través de grupos focales con universitarios. En el primero se hace hincapié en el diseño de programas con un enfoque dirigido a minimizar los riesgos, llevado a cabo por las instancias comprometidas y que fortalezca habilidades e impulsen el consumo responsable²⁴. En el segundo estudio, en el que estudiantes universitarios diseñan, implementan y evalúan el programa, se muestran que el 96% de los alumnos ven el programa útil para la comunidad universitaria, el 88% cree que las actividades generan inquietudes hacia el control del consumo y el 91% está de acuerdo con que es necesario repetir experiencias similares²⁵. En relación a la efectividad del programa, los dos estudios enfatizan en la importancia de la implicación de la universidad, para que esta les provea de incentivos aparte de incluirlo en la organización curricular, cursos y formación dirigidos a minimizar el consumo abusivo^{24,25}.

No hemos localizado grupos de investigación en el contexto español que estudien las potencialidades que tienen el conocimiento y la experiencia del alumnado universitario, para diseñar e instaurar procesos encaminados a reducir los riesgos ante los consumos intensivos de bebidas alcohólicas. Por ello, basándonos en las recientes experiencias de intervención con IAP para formar líderes entre los estudiantes pre-universitarios, y en base a la consideración de compromiso con la salud que debieran otorgar los estudios

universitarios a estudiantes de las carreras sanitarias, nuestro proyecto se encamina hacia la activación de estos liderazgos con metodología de investigación-acción participativa.

Hipótesis

La elección de una carrera sanitaria no disuade a los jóvenes estudiantes universitarios a abandonar un hábito tan riesgoso para la salud como es el consumo intensivo de alcohol en colectividad. Sin embargo, el conocimiento disciplinar sobre los riesgos del consumo abusivo de alcohol y la toma de conciencia del compromiso que adoptan en la protección de la salud, puede favorecer la emergencia de actitudes de liderazgo comprometido con intervenciones concretas en el entorno social donde los estudiantes desarrollan sus actividades de ocio, basadas en la promoción de estilos de vida saludables.

Por ello intentaremos responder a la pregunta: ¿tienen los estudiantes universitarios con formación sanitaria capacidad para instaurar estrategias encaminadas a reducir los riesgos asociados a consumos intensivos de alcohol en colectividad interviniendo entre sus propios pares?

Objetivos

General

Determinar la capacidad que tienen los estudiantes universitarios de disciplinas socio-sanitarias, para instaurar estrategias encaminadas a reducir los riesgos asociados a consumos intensivos de alcohol en colectividad.

Específicos

- Conocer la percepción social del riesgo para la salud de estudiantes universitarios ante el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes.
- Analizar desde una perspectiva de género las conductas y pautas de consumo de alcohol del alumnado.
- Valorar el grado de compromiso de los estudiantes respecto a la promoción de hábitos de vida saludables y a sus prácticas de autocuidado.
- Identificar las estrategias que estarían dispuestos a considerar para disminuir los riesgos para la salud producidos por consumos intensivos de alcohol.
- Evaluar la capacidad operativa en la implementación de intervenciones con el mismo objeto, conducidas por estudiantes líderes formados en comunidades de aprendizaje

Metodología de estudio

Diseño

Se realizará un estudio multicéntrico y cualitativo mediante Investigación-Acción Participativa (IAP) (Imagen 1). La elección de un diseño como la IAP se justifica a partir de la constatación (estudio piloto) de que la elección de una carrera sanitaria no influye en el abandono de prácticas de consumo colectivo de alcohol entre los estudiantes, a pesar de la información que reciben sobre los efectos adversos que esta práctica de riesgo produce, que debería de posicionarles al menos teóricamente en una postura diferente al resto de estudiantes (un posicionamiento de activismo crítico). Como metodología aplicada al campo de la reducción de riesgos asociados a estilos de

vida, la IAP favorece la activación de estrategias pensadas, diseñadas y ejecutadas por los propios jóvenes a partir de los valores comunes y de sus propias prácticas transformadoras.

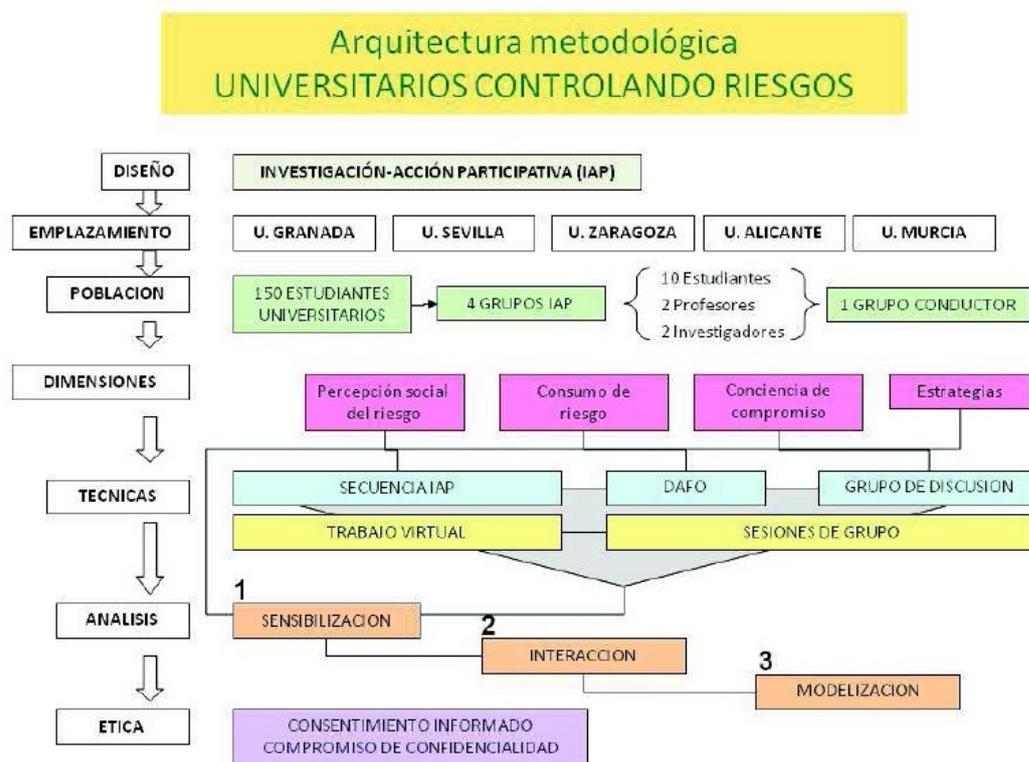
Emplazamiento

Se realizará en cinco universidades españolas situadas en la cuenca mediterránea, que es donde el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes se ha dado con mayor repercusión pública. Se sitúa en cuatro comunidades autónomas y en cinco provincias: Granada, Sevilla, Zaragoza, Alicante y Murcia. Entre las universidades seleccionadas hay cinco públicas, una privada, y una escuela privada adscrita a una universidad pública, lo que garantiza la diversidad de tipologías de instituciones actualmente

Sujetos de estudio

A efectos de este proyecto la población a estudiar varía en función de las etapas de la IAP, pudiendo distinguir dos tipos:

Imagen 1. Arquitectura metodológica



Población A: Estudiantes universitarios de ambos sexos, menores de 25 años (edad media de abandono del hábito), matriculados en los 2 primeros cursos (periodo de mayor exposición al hábito de consumo colectivo de alcohol) de titulaciones socio-sanitarias donde se desarrollan competencias para el abordaje socio-sanitario de los problemas de salud derivados del consumo de alcohol: Enfermería, Medicina, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Nutrición, Trabajo Social y Psicología. Han de tener plena capacidad para comunicarse y voluntad para hacerlo libremente, expresada a través de consentimiento informado (ver anexo 1). Esta población será utilizada en la fase 1 de la IAP (Emergencia).

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CULTURALES. Se utilizarán para caracterizar la población incluida en el estudio y como criterios de diversificación de la muestra:

- Edad y sexo en todos los grupos.
- Titulación sanitaria en todos los grupos.
- Curso y tipo de asistencia al botellón (frecuente, ocasional, no asistencia), en el alumnado.
- Asignatura que imparten y experiencia académica, en profesores.

DIMENSIONES DEL ESTUDIO (exploratorias y tentativas, pues han de ser verificadas y reafirmadas en los datos, pudiendo aparecer nuevas categorías en el análisis):

- Percepción social del riesgo: forma en que los sujetos construyen colectivamente la conciencia de peligro en torno a una práctica de riesgo como es el consumo colectivo de alcohol. En actividades que se realizan tan habitualmente como consumir alcohol en colectivos muy afines, existe la tendencia a minimizar la probabilidad de aparición de riesgos.
- Consumo de riesgo: pauta de consumo concentrado de bebidas alcohólicas (*binge drinking*) que se produce en colectividad como forma de ocio (consumo de cinco o más «bebidas estándar» en una sola ocasión). Se tendrá en cuenta la perspectiva de género para analizar las pautas de consumo.
- Conciencia de compromiso: explora el grado de responsabilidad percibida por el hecho de haber elegido una disciplina sanitaria en relación con la promoción de hábitos de vida saludables y prácticas de autocuidado.
- Estrategias: intervenciones que estarían dispuestos a realizar para reducir los riesgos para la salud producidos por los consumos intensivos de alcohol.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos será según fases de la IAP:

Sensibilización. Intenta clarificar las áreas de trabajo IAP. Se realizarán al menos 3 grupos de discusión en cada centro participante, para obtener el conocimiento sobre el que se va a articular todo el proceso de IAP. Los grupos, según composición ya descrita, se llevarán a cabo en locales universitarios que garanticen la intimidad necesaria y serán moderados por un investigador del centro. Al objeto de otorgar uniformidad a su planteamiento y desarrollo, se realizará un taller de entrenamiento previo en técnicas de grupo dirigido al personal investigador del equipo. Se prevé una duración de 1 hora por grupo y las conversaciones serán grabadas con el consentimiento de los participantes.

Interacción. Clarifica los participantes comprometidos y precisa y pone a prueba las estrategias transformadoras. Esta fase tiene tres etapas.

En la primera, en cada centro participante se conformará un grupo IAP multidisciplinar según composición ya descrita. Los grupos IAP se ponen de acuerdo sobre los mecanismos de acción que van a llevar a cabo para fomentar el liderazgo entre los estudiantes de las carreras sanitarias para actuar sobre conductas de riesgo entre los jóvenes que realizan consumos intensivos de alcohol. Se presentarán los resultados de los grupos de discusión realizados en la fase de sensibilización y en base a ellos se consensuan las acciones. Se utilizará una técnica DAFO-CAME, que permite identificar estrategias estructuradas a partir de un análisis interno (debilidades-fortalezas) y del

entorno (amenazas y oportunidades). La técnica será administrada por el mismo moderador que en los grupos de discusión.

En una segunda etapa se integran y ponderan las estrategias identificadas en los grupos IAP. Esta tarea se realiza con la participación de los 2 investigadores de cada centro y se desarrollará de forma virtual, con el apoyo de la plataforma Moodle, instalada en la web de la Universidad de Granada. Se integrará un único mapa de estrategias que recoja la información obtenida en los 5 grupos IAP. La priorización y la asignación de valores estándar a las estrategias según su grado de importancia, pertinencia y viabilidad, será determinada a través de una técnica Delphi, en la que participarán todos los componentes de los grupos IAP. Los resultados serán devueltos a los grupos IAP.

En la tercera etapa se implementarán y evaluarán las estrategias consensuadas en la fase anterior. Durante un periodo de seis meses, que ha de coincidir con el calendario académico, y previa presentación ante los órganos competentes de cada centro participante (Departamento o Facultad), los grupos IAP ponen en marcha en su comunidad universitaria de referencia al menos 5 de las estrategias identificadas, en función de su viabilidad y potencial transformador. Las estrategias han de estar temporalizadas y con un sistema de registro que permita el seguimiento y análisis posterior. Durante esta fase se combinan técnicas como la observación y la entrevista, tanto individual como con grupos naturales, o la intervención comunitaria, lo que implica el consenso e incluso la capacitación de los participantes en los grupos IAP, en función de las estrategias diseñadas. Los grupos IAP reflexionan sobre la experiencia que han desarrollado y evalúan las estrategias que han llevado a cabo a partir de tres dimensiones: la pertinencia (justificación de su idoneidad), la operatividad (el modo en que se ha desarrollado el plan) y el impacto de los resultados obtenidos. La información obtenida en esta fase se condensa por cada grupo IAP en una memoria, estructurada en función de las anteriores dimensiones, que será alojada en la plataforma moodle para compartir conocimiento y facilitar el análisis de los resultados.

Modelización. A partir de la evaluación reflexiva de lo aprendido, se diseña un modelo de intervención que garantice la sostenibilidad de la experiencia y su diseminación. Para esta fase se constituirá un *Equipo Conductor*, integrado por 20 componentes designados por consenso entre los 5 grupos IAP (cada grupo propondrá 1 investigador, 1 profesor y 3 alumnos). Como resultado de la implementación y evaluación de las estrategias, el grupo conductor diseñará una guía encaminada al fomento de liderazgos participativos y la realización de intervenciones dirigidas a disminuir los riesgos de los jóvenes que participan en actos colectivos de consumo de alcohol del tipo del botellón. Dado que este instrumento está orientado a la comunidad universitaria y al objeto de hacerlo más reconocible en la misma, adoptará el formato de Programa de Innovación Docente (PID), con el propósito de construir comunidades de aprendizaje en el entorno universitario para compartir conocimientos y experiencias que contribuyan a reducir los riesgos asociados a los consumos intensivos de alcohol. El PID, que incluirá los recursos metodológicos y la experiencia de implementación y evaluación será divulgado a través de canales propios del entorno educativo (publicaciones, encuentros, recursos web, redes sociales especializadas, etc.), al objeto de producir un efecto multiplicador, de manera que pueda ser implementado en otros centros universitarios.

Análisis de los datos

Análisis cualitativo en progreso según las fases IAP desde dos planos: análisis intragrupo y análisis intergrupo. Para las entrevistas grupales se realizará un análisis del discurso de tipo semántico. El análisis documental se utilizará para abordar el tratamiento de las memorias de los grupos IAP, resultante de la implementación de experiencias.

Se seguirá la siguiente secuencia: (a) Preparación de los datos (transcripción de entrevistas, ordenación de notas de campo y de los informes de resultados de grupos, asignación de identificadores y segmentación en función del tipo método de obtención de datos y grupos IAP); (b) Descubrimiento de temas (lectura repetida de los datos, identificación de temas, elaboración de tipologías o categorías); (c) Codificación de datos por pares con apoyo del aplicativo Nudist-Vivo; y (d) Relativización de los datos (interpretación en el contexto en que se recogieron).

Limitaciones del estudio y pruebas para garantizar el rigor

Es posible que la visión de los informantes pueda distorsionar la realidad en función del momento en el que se realice la entrevista, por ello y para garantizar la credibilidad interna se otorgará el poder de veto a los informantes al revisar las transcripciones, que se extenderá a la fase de análisis cuando les pidamos, incluidos a los grupos IAP, que valoren si se ven representados en nuestras interpretaciones.

Siempre es posible que los investigadores se vean influenciados por supuestos previos determinados por su procedencia disciplinar (como por ejemplo las concepciones que los investigadores tenemos sobre el consumo de alcohol como hábito nocivo para la salud, que no sabemos si se corresponde con la idea que tienen los informantes), por ello procuraremos garantizar la transferibilidad del modelo explicativo que elaboremos poniéndolo a prueba con la búsqueda activa en los datos de evidencias de disconformidad. Por otra parte es posible que un número necesariamente restringido de sujetos participantes en el estudio ponga en riesgo su representatividad, por ello utilizaremos como estrategia de selección la búsqueda de la mayor diversidad posible de situaciones tanto observadas como narradas, mientras que la suficiencia será garantizada con la saturación de los datos (las entrevistas grupales no se detendrán hasta que dejen de arrojar nuevas categorías de análisis). El escenario de la IAP supone que investigadores y sujetos comparten procedimientos de obtención y análisis de datos, lo que podría dar lugar a discrepancias en el significado de los hechos observados. Por ello y para reforzar la consistencia del estudio se propone una triangulación de métodos de recogida de datos (observación-entrevista-trabajo documental), así como la capacitación previa de los entrevistadores, mientras que el análisis colegiado en equipo hará el resto.

Al finalizar el estudio, la neutralidad será determinada por investigadores externos, a los que pediremos que evalúen la relación entre los datos y nuestras interpretaciones.

Plan de trabajo

IP.: Manuel Amezcua Martínez, I1: Almudena Iniesta Martínez, I2: Sergio R. López Alonso, I3: César Hueso Montoro, I4: Jacobo Cambil Martín, I5: Luis López Rodríguez, I6: Almudena Arroyo Rodríguez, I7: Concepción Germán Bés, I8: Luis

Bernués Vázquez, I9: José Siles González, I10: Ana Lucía Noreña Peña, I11: José Palacios Rodríguez, I12: M^a Isabel Jiménez Morales. TC: técnico contratado.

El equipo investigador se distribuye en función del un nodo principal (NP) al que se adscriben el IP-I1-I2, y cinco nodos locales ubicados en cada centro universitario de referencia: U1. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada: I3-I4. U2. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (adscrito a la Universidad de Sevilla): I5-I6. U3. Facultad de Enfermería y Fisiatría de la Universidad de Zaragoza: I7-I8. U4. Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad de Alicante: I9-I10. U5. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM): I11-I12.

Nombre genérico del grupo a efectos de identificación en informes y publicaciones: Grupo NAYADE para el Estudio de Conductas de Riesgo asociadas al consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes.

Etapa 1: Inducción del equipo de investigación. Tareas: reunión de todos los componentes del equipo para unificación de criterios, distribución de tareas y fijación del cronograma de actividades (IP, todos los I y TC). Realización de un taller de formación en técnicas grupales (todos los I y TC).

Etapa 2: Sensibilización (se realiza simultáneamente en cada centro participante). Tareas: identificación de informantes y composición de grupos, obtención de consentimientos informados (I3-I4 en U1; I5-I6 en U2; I7-I8 en U3; I9-I10 en U4; I11-I12 en U5), realización de grupos de discusión, moderación a cargo de I4-I6-I8-I10-I12. Coordinación del proceso (IP). Comunicación con los centros participantes, concertación de citas, convocatorias y recogida de los materiales resultantes (TC).

Etapa 3: Sistematización de resultados. Tareas: gestión de transcripciones de entrevistas grupales y preparación de datos (TC), análisis colegiado de resultados mediante Nudist-Vivo (IP-I1-I2-I3-I5-I7-I9-I11-TC), emisión de informe integrado de resultados y devolución a cada nodo (IP-TC). Preparación de una comunicación para presentación en evento científico previa revisión del equipo investigador (IP- I1-I2-TC). Preparación de un artículo para publicación en una revista científica previa revisión del equipo investigador (IP- I1-I2-TC). Gestión del proceso de presentación de la comunicación y del proceso editorial del artículo original (TC).

Etapa 4: Constitución y desarrollo de Grupos IAP. Tareas: composición de un grupo IAP en cada centro; realización de la técnica DAFO-CAME; análisis de resultados (I3-I4 en U1; I5-I6 en U2; I7-I8 en U3; I9-I10 en U4; I11-I12 en U5). Coordinación intercentros (IP-TC), integración de la información resultante y comunicación con los nodos (TC).

Etapa 5: Integración cooperativa del mapa de estrategias. Tareas: Volcado de datos en plataforma moodle (I3 a I12). Priorización y asignación de valores estándar mediante técnica Delphi (2-3 rondas), administración de la técnica (IP-I1-I2-TC). Remisión-recepción de formularios a componentes de grupos IAP y gestión de la plataforma (TC). Integración de un mapa definitivo de estrategias (IP-I1-I2-TC).

Etapa 6: Implementación. Tareas: selección de estrategias, diseño de un programa de intervención IAP en cada centro y presentación a las autoridades académicas de

referencia, implementación del programa y evaluación, elaboración de memoria de centro (I3 a I12). Coordinación inter-centros (IP-TC). Análisis intra e inter-grupos IAP (IP-I1-I2-TC). Soporte al apoyo logístico, comunicaciones institucionales, gestión de la información (TC).

Etapa 7: Modelización. Tareas: constitución del grupo conductor (IP-I1-I2-TC), elaboración de la guía de liderazgo participativo (PID) y actividades de diseminación (todo el equipo). Soporte técnico y comunicación entre los nodos, coordinación de actividades divulgativas (TC).

Etapa 8: Memorias y comunicación. Elaboración de memorias anuales y memoria final (IP-I1-I2-TC), gestión de la información y comunicación con FIBAO (TC). Preparación de una comunicación para presentación en evento científico previa revisión del equipo investigador (IP- I1-I2-TC). Preparación de un artículo para publicación en una revista científica previa revisión del equipo investigador (IP- I1-I2-TC). Gestión del proceso de presentación de la comunicación y del proceso editorial del artículo original, gestión de traducciones (TC).

Aspectos éticos

Aunque se trata de un estudio cualitativo, y no existen riesgos para la salud de los participantes, la investigación se realiza con seres humanos por lo que es necesario adoptar medidas para garantizar la libertad y los derechos de los mismos. En este estudio, se tomarán las siguientes medidas:

- De todos los participantes se obtendrá su consentimiento una vez informados del mismo (anexo 1). Su aceptación no impide que puedan retirarse si lo desean durante el curso de la investigación.
- En todos los casos se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación. Se utilizarán códigos que impidan desvelar la identidad de los participantes.
- Las grabaciones de los grupos de discusión se realizarán bajo el consentimiento de los informantes.
- Los materiales obtenidos a lo largo de la investigación no serán destruidos, sino que serán depositados en el fondo Archivos de la Memoria de la Fundación Index, a disposición de la comunidad científica previa autorización de los investigadores.

Bibliografía

1. Amezcua M. Consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes: la percepción social del riesgo. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad Católica San Antonio; 2012. Teseo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 2013. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=39838> [acceso: 23/02/2015].
2. Jerez Fonseca LC, Montoya Sanabria SM, Amezcua M. El botellón en perspectiva: Convergencias y divergencias en la mirada del observador. *Enfermería Comunitaria* 2010, 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec0061.php> [acceso: 7.02.2015].
3. Amezcua M, Hernández -Zambrano SM, Rodríguez Rodríguez M^aA, Quesada García E. Riesgo ante el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes: percepciones desde el entorno educativo. *Index Enferm* 2015; 24(1-2):25-29.
4. Amezcua M, Hernández-Zambrano SM., Amezcua González A, Rodríguez Rodríguez, M^aA, Qesada García E. Cuando el botellón aburre: acciones naturales de abandono del consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes. *Enfermería Comunitaria* 2015; 11(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v11n1/ec10270.php> [acceso: 7.02.2015].
5. Megías E (Dir.). Adolescentes ante el alcohol. La mirada de padres y madres. Madrid: Col. Est. Sociales N° 22. Fundación “la Caixa”, 2007.
6. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J. Monografía sobre el alcohol. Barcelona: Socidrogalcohol, 2013.
7. Reig Ferrer A., Cabrero García J., Ferrer Cascales R.I., Richart Martínez M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Alicante: Universidad de Alicante, 2001.
8. López López MJ, Santín Vilariño C, Torrico Linares E, Rodríguez González JM. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud* 2003; 13(1): 5-17.
9. Varela-Mato V, Cancela JM, Ayan C, Martín V, Molina A. Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2012; 9: 2728-2741.
10. Gallardo-Escudero A, Muñoz Alférez MJ, Planells del Pozo EM, López Aliaga I. La etapa universitaria no favorece el estilo de vida saludable en las estudiantes granadinas. *Nutr Hosp*, 2015; 31(2), 975-979.
11. Ávila Escribano J, González Parra D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 2007. 19(4): 383-392.
12. Brotherhood A, Sumnall HR. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011.
13. Hustad JTP, Short EE, Borsari B, Barnett NP, Tevyaw TO, Kahler CW. College alcohol citations result in modest reductions in student drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2011; 40: 281-86.
14. Bryant ZE, Henslee AM, Correia CJ. Testing the effects of emailed personalized feedback on risky alcohol use among college students. *Addictive Behaviors*, 2013, 38(10), 2563-2567.
15. Walters ST, Roudsari BS, Vader AM, Harris RT. Correlates of protective behavior utilization among heavy-drinking college students. *Addictive Behaviors*, 2007; 32:2633-644.
16. Difulvio GT, Linowski SA, Mazziotti JS, Puleo E. Effectiveness of the brief alcohol

- and screening intervention for college students (BASICS) program with a mandated population. *Journal of American College Health*, 2012; 60(4), 269-280.
17. Banderas Rodríguez CR, Martínez Chacón AJ, Romo González T. Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología*, 2010; 13(2), 19-33.
 18. LaBrie JW, Thompson AD, Huchting K, Lac A, Buckley K. A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol related negative consequences in adjudicated college women. *Addictive Behaviors*, 2007; 32: 2549-2562.
 19. Kazemi DM, Levine MJ, Dmochowski J, Nies MA. Effects of motivational interviewing intervention on Blackouts among college freshmen. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013; 45(3): 221-229.
 20. Elliott JC, Carey KB, Bolles JR. Computer-based interventions for college drinking: a qualitative review. *Addictive Behaviors*, 2008; 33, 994-1005.
 21. Amezcua M, Palacios J. Jóvenes, alcohol y riesgo: Una mirada crítica desde las teorías socio-culturales. *Index Enferm*, 2014; 23(3): 149-52.
 22. Añaños Bedriñana F. Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo. Madrid: Dykinson, 2005.
 23. Gil Nebot MA, Estrada Ballesteros C, Pires Alcalde ML, Martín-Gil R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, 2002; 76(5): 451-459.
 24. Muñoz L, Barbosa C, Bríñez A, Caycedo C, Méndez M, Oyuela R. Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*, 2012; 11(1): 131-145.
 25. Muñoz ML. Diseño y evaluación de un programa de prevención de consumo de alcohol en una institución universitaria diseñado con los estudiantes. *Psicogente*, 2014; 17 (32): 365-378.