

Manual para la implementación de  
la propuesta de sensibilización frente  
a la ingesta de alcohol,

# “gozar sanamente”

Herramientas de orientación y apoyo para la  
prevención y atención del consumo de sustancias  
psicoactivas, desde alcohol y tabaco







Herramientas de orientación y apoyo para la  
prevención y atención del consumo de  
sustancias psicoactivas, desde alcohol y tabaco

**Manual para la implementación de la  
propuesta de sensibilización frente a la  
ingesta de alcohol, “gozar sanamente”,  
para adolescentes en Proceso Administrativo  
de Restablecimiento de Derechos (PARD) y los  
atendidos en clubes prejuveniles y juveniles**



Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, desde alcohol y tabaco

**Manual para la implementación de la propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol, “gozar sanamente”, para adolescentes en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) y los atendidos en clubes prejuveniles y juveniles**

Documento de apoyo para equipos interdisciplinarios de los Centros Zonales de ICBF, ONG contratistas del SNBF en medio familiar y familiar especializado, que brinda los conocimientos básicos sobre el fenómeno de la ingesta de alcohol por adolescentes, con propuestas de prevención inicial

2008

**PARD:** Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos



## **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**

### **Directora General**

Elvira Forero Hernández

### **Directora Técnica**

Martha Liliana Huertas

### **Subdirectora de Intervenciones Directas**

Ingrid Rusinque

### **Comité Técnico**

Martha Caipa - ICBF

Danilo Ospitia - ICBF

Rommel Rojas Rubio - OIM

Sandra Ruiz - OIM

Carlina Zarate - ICBF

### **Coordinación Editorial**

Henry Matallana Torres

Jefe Oficina de Comunicaciones y Atención al Ciudadano ICBF

Primera edición, diciembre de 2008

© Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Organización Internacional para las Migraciones

## **Instituciones participantes**

### **Organización Internacional para las Migraciones (OIM)**

José Ángel Oropeza

Jefe de Misión

### **Autora Módulo**

Gloria De Salvador

Consultora

## **Ilustraciones**

Daniel Padilla

## **Edición, diseño, impresión y acabados**

Impresol Ediciones Ltda

**ISBN:** 978-958-8546-02-5

Manual para la implementación de la propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol, “gozar sanamente”, para adolescentes en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos -PARD- y los atendidos en clubes prejuveniles y juveniles.

Esta publicación fue posible gracias al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y al apoyo técnico de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Los contenidos son responsabilidad del ICBF y la autora y no necesariamente reflejan las opiniones de la OIM.

Agradecimientos especiales al gobierno de Estados Unidos y a su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) por la contribución al Programa de Atención a Niños y Niñas Desvinculados y en Riesgo de Reclutamiento de la OIM.

## **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**

Av. Cra. 68 N° 64C - 75 - PBX 437 76 30

Línea gratuita nacional Bienestar Familiar 01 8000 91 80 80

**[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)**

# Contenido

|   |    |
|---|----|
| Presentación del ICBF .....   | 11 |
| Presentación de la autora .....   | 15 |
| 1. Objetivos .....  | 19 |
| 2. Metodología para el uso del manual .....   | 25 |
| 3. Alcohol y generalidades .....  | 31 |
| 3.1 Definición de alcohol .....   | 33 |
| 3.2 Ingesta de alcohol en la historia. Visión antropológica .....                                   | 36 |
| 3.3 Alcohol y estadísticas nacionales y locales .....   | 39 |
| 3.4 Mitos y realidades sobre la ingesta de alcohol .....  | 49 |
| 3.5 Metodología de prevención 1 .....   | 51 |
| 4. Factores de riesgo y de protección que inciden en el consumo<br>de alcohol en adolescentes ..... | 53 |
| 4.1 Factores de riesgo para la ingesta de alcohol en adolescentes .....                             | 55 |



|  |           |
|--|-----------|
| 4.2 Factores protectores ante la ingesta de alcohol .....  | 58        |
| 4.3 Metodología de prevención 2 .....                      | 61        |
| <b>5. Alcohol e investigaciones mundiales .....</b>        | <b>65</b> |
| 5.1 Alcohol y accidentabilidad .....                       | 69        |
| 5.2 Alcohol e incumplimiento de normas sociales .....      | 74        |
| 5.3 Metodología de prevención 3 .....                      | 75        |
| <b>6. Alcohol y consecuencias .....</b>                    | <b>79</b> |
| 6.1 Alcohol y comportamiento .....                         | 81        |
| 6.2 Alcohol y padres alcohólicos .....                     | 85        |
| 6.3 Alcohol y adolescencia. Hallazgos .....                | 86        |
| 6.4 Alcohol y consecuencias específicas por sistemas ..... | 89        |
| 6.5 Metodología de prevención 4 .....                      | 93        |
| 6.6 Metodología de prevención 5 .....                      | 95        |
| <b>7. El consumo de alcohol y variables conexas .....</b>  | <b>99</b> |
| 7.1 Alcohol y dinámica familiar .....                      | 101       |
| 7.2 Alcohol y presión de grupos .....                      | 102       |
| 7.3 Alcohol y dinámica social. Patrones culturales .....   | 104       |
| 7.4 Alcohol y representaciones sociales .....              | 107       |
| 7.5 Alcohol e inicio de otras sustancias .....             | 108       |
| 7.6 Alcohol y etapas de la ingesta .....                   | 109       |
| 7.7 Metodología de prevención 6 .....                      | 113       |
| 7.8 Metodología de prevención 7 .....                      | 115       |
| 7.9 Metodología de prevención 8 .....                      | 118       |

|   |            |
|---|------------|
| 8. Prevención primaria del consumo de alcohol .....   | 121        |
| 8.1 Padres protectores - organizaciones de padres .....   | 129        |
| 8.2 Redes de apoyo .....  | 130        |
| 8.3 Medidas desde el control social. Normas y leyes .....   | 133        |
| 8.4 Metodología de prevención 9 .....   | 138        |
| 8.5 Metodología de prevención 10 .....  | 139        |
| <b>Anexos .....</b>   | <b>141</b> |
| Anexo 1 Formato guía red de relaciones sociales .....   | 143        |
| Anexo 2 Guía de mitos y realidades sobre el consumo de alcohol .....  | 145        |
| Anexo 3 Guía de respuestas para el coordinador de la actividad<br>sobre mitos y realidades del consumo de alcohol ..... | 147        |
| Anexo 4 Proyecto de mi vida...desarrollo mis sueños .....   | 149        |
| <b>Bibliografía .....</b>   | <b>151</b> |



## Presentación ICBF

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, como ente rector del sistema nacional de bienestar familiar y acogiéndose a la política nacional de reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en el país y con miras a que nuestros niños, niñas, adolescentes (NNA) y jóvenes tengan una atención especial, se ha propuesto que tanto la prevención como la intervención se aborden desde lo más práctico y firme, para garantizar sus derechos.

El Código de la Infancia y la Adolescencia, en su artículo 20 hace referencia a los derechos de protección y señala que los niños, niñas y adolescentes serán protegidos, entre otros, contra el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas,

y lo reitera en el artículo 38, que trata de las obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado, además de la vinculación a programas de atención especializada para el restablecimiento de derechos vulnerados.

En aras de articular y completar las acciones para la detección temprana y la atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de clubes prejuveniles, juveniles y en proceso administrativo de restablecimiento de derechos, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar presenta el *Manual para la implementación de la propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol "gozar sanamente" para jóvenes y adolescentes*, que presenta una propuesta que permiten manejar la problemática de ingesta de alcohol en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, desde una perspectiva de derechos, y crea una estrategia que permite realizar actividades grupales que involucran las familias, maestros, cuidadores

y, en general, los adultos responsables del proceso de sensibilización y atención, que llevan a espacios reflexivos para ser aplicados en cada una de las diferentes modalidades de atención establecidas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

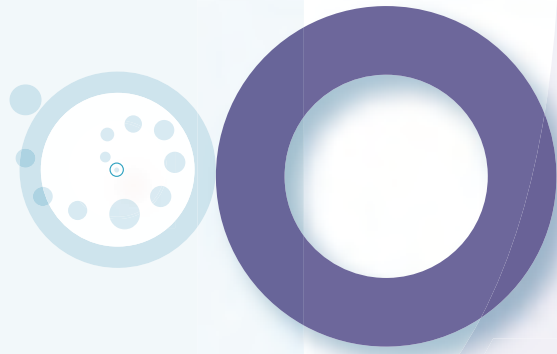
Es importante resaltar que este manual hace énfasis en la participación activa y la corresponsabilidad de todos los actores, que como redes de apoyo acompañan y fortalecen los procesos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que presentan dificultades asociadas a la ingesta de alcohol.

Por otra parte, el Plan nacional de reducción del consumo de drogas 2009-2010, de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, propone reducir el impacto del consumo ofreciendo recursos como información, servicios, asistencia y apoyo oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades, que son precisamente a quienes están dirigidas estas herramientas.

**Elvira Forero Hernández**

Directora General ICBF





## Presentación de la Autora

El Manual para la implementación de la propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol “gozar sanamente” para adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos (PARD) y los atendidos en clubes prejuveniles y juveniles, tiene como objetivo brindar una visión multidimensional de la ingesta de alcohol, al igual que ofrecer diferentes modalidades de trabajo grupal para niños, niñas y adolescentes (NNA) y sus redes afectivas de apoyo, con el fin de generar procesos reflexivos autorreferenciales frente a este tema.

Estos procesos pueden ser aplicados inicialmente por los equipos interdisciplinarios que trabajan directamente con esta población en los diferentes programas desarrollados





tanto por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en el área de prevención, como en clubes prejuveniles y juveniles, al igual que en Niños, Niñas y Adolescentes en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por medio de las organizaciones no gubernamentales (ONG) contratistas, en el medio familiar e institucional no especializado. También pueden ser aplicados por estos NNA y sus familias, previamente capacitados en el manejo de esta propuesta de sensibilización.

El objetivo de este manual es lograr la participación activa y corresponsable de las redes sociales e institucionales involucradas: familia, escuela, instituciones y comunidad, para obtener el grado de sensibilización sobre la necesidad del acompañamiento continuo y apoyo al niño, niña y adolescente que presente dificultades asociadas a la ingesta de alcohol.

De igual forma esta propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol pretende responder a lo establecido en el Plan Nacional de Reducción del Consumo 2009 - 2010 (PNRCSPA)<sup>1</sup>, que tiene como finalidad "Reducir la incidencia y prevalencia

del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad".

El Plan propone, en el Eje I, operativo de prevención, "Reducir la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) lícitas, ilícitas y de control especial, interviniendo de manera integrada los factores macrosociales, microsociales y personales más predictivos del consumo", en determinados grupos de población de mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas, entre los cuales se encuentra la población escolarizada de 5 a 18 años; población no escolarizada de 7 a 26 años; agrupaciones juveniles: barras, tribus urbanas, pandillas, organizaciones juveniles, niños, niñas y adolescentes trabajadores autorizados de 15 a 18 años y no autorizados de 7 a 18 años, trabajadores informales, adolescentes en conflicto con la ley y en medida de protección y población en condición de desplazamiento. Estos grupos de poblaciones están cubiertos por el ICBF, por medio de los diferentes programas del PARD

Para la puesta en marcha del Eje operativo de prevención del consumo de SPA, el Plan determina, entre otros, los siguientes

<sup>1</sup> Documento de discusión de la Comisión Nacional de la Reducción de la Demanda de Drogas, sobre la presentación del Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.

productos y estrategias: el producto 1.2 establece que “Las redes comunitarias, familiares, juveniles y laborales desarrollan dinámicas que protegen y reducen la vulnerabilidad al consumo de SPA”; a desarrollar mediante la “estrategia de redes de apoyo (en escenarios escolar, laboral y comunitario), de promoción y prevención del consumo de SPA a través de formación y trabajo de pares” (ibídem: 14).

Con respecto al Eje II, referente a la mitigación de las consecuencias del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el Plan propone el producto 2.3, que enuncia: “Los consumidores de alcohol y otras SPA, y la comunidad en general, cuentan con información objetiva y actualizada sobre efectos y riesgos de las sustancias de mayor uso y abuso y sobre consumos emergentes” (ibídem: 20).

En el caso del ICBF se pretende, mediante la propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol, que este manual apoye lo enunciado por el Plan al impulsar y soportar, por medio de los procesos administrativos de restablecimiento de derechos de los NNA, así como en los escenarios de programas preventivos como clubes prejuveniles y juveniles, las propuestas de prevención y de atención específicas para

el consumo de SPA, desde el alcohol, las cuales se complementan con las propuestas de prevención inespecíficas, realizadas en esos mismos contextos y que buscan promover estilos de vida saludables y libres del consumo de SPA, desde el alcohol, en la población de niños, niñas y adolescentes.

Este es nuestro reto.

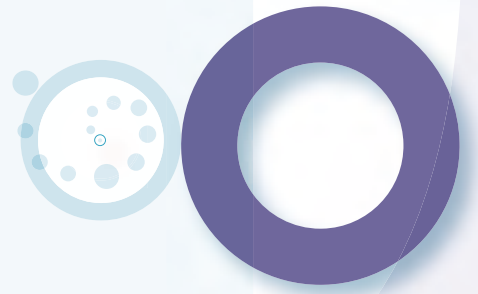
La autora





# Objetivos







## Objetivo general

Actualizar a los profesionales y técnicos de los equipos interdisciplinarios de los Centros Zonales del ICBF y las ONG contratistas del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), sobre la **multidimensionalidad del fenómeno del consumo de alcohol** y la **forma práctica** como este fenómeno puede ser abordado mediante **acciones preventivas específicas**.

21

## Objetivos específicos

Generar en los diferentes actores sociales, **sensibilizados** por medio del desarrollo de las sesiones plasmadas en

este manual, una actitud más reflexiva sobre la conducta del beber alcohol por parte de adolescentes.

**Establecer, en unión con adolescentes y familias participantes, la creación de círculos de protección, a nivel barrial o institucional, que promuevan propuestas de no consumo de alcohol en las interacciones sociales.**

**Fortalecer, mediante el desarrollo de las acciones preventivas estipuladas, la**

**generación de propuestas de prevención específicas e inespecíficas orientadas a retardar la edad de ingesta de alcohol en adolescentes atendidos en el PARD y los beneficiados por clubes prejuveniles y juveniles.**

**Dinamizar localmente el fortalecimiento de redes sociales protectivas, conformadas por padres de familia, adolescentes, líderes escolares y comunitarios, entre otros, que promuevan la realización de accionares**



**comunitarios o institucionales orientados a la generación de nuevas propuestas de autocontrol frente a la ingesta de alcohol, los cuales estimulen la realización de acciones lúdico recreativas en los que se promuevan habilidades sociales de autocuidado y corresponsabilidad social que sirvan de ejemplo para la población de NNA en cada contexto específico.**

Estimular desde un inicio la generación de redes de orientación, seguimiento y atención

a nivel local, para el acompañamiento del adolescente que por sus condiciones amerita de un soporte más directo por presentar dificultades asociadas al consumo de alcohol. De ser necesario, la activación inicial de redes de autoayuda comunitaria y las redes afectivas de apoyo se complementaría posteriormente con las redes institucionales locales o regionales.







A stylized illustration of a man sitting at a table, reading a newspaper. The man is wearing a light blue shirt and brown trousers. The table has a white cup on it. The background is a simple room with a window and a hanging lamp. The floor is yellow with a pattern of blue circles.

# Metodología para el uso del manual





Este manual se divide por capítulos, en cada uno de los cuales se encuentran dos partes: en la primera, que busca ampliar el nivel de conocimientos sobre diversos temas asociados al alcohol, se ofrece una visión multidimensional sobre este tema, y en la segunda se pretende utilizar una metodología específica de trabajo grupal para cada tema tratado.

Para desarrollar la información consignada en cada uno de los capítulos, el manual presenta diez propuestas metodológicas, con el propósito de enriquecer el quehacer del trabajo grupal e incentivar el diseño e implementación de nuevas ideas, generadas desde los mismos actores sociales involucrados en este proceso de sensibilización.

Contar con las diez propuestas invita igualmente al profesional, técnico o líder comunitario responsable del desarrollo de esta propuesta de sensibilización en su contexto de trabajo, sea institucional o comunitario, a desarrollar secuencialmente este manual, para que según su experiencia realice modificaciones tanto en la distribución de las sesiones como en el grupo objetivo para cada una de estas: adolescentes solos, padres de familia en trabajo conjunto con adolescentes, padres de familia solos, adolescentes con redes afectivas de apoyo (parejas o amigos cercanos como invitados), entre otros.

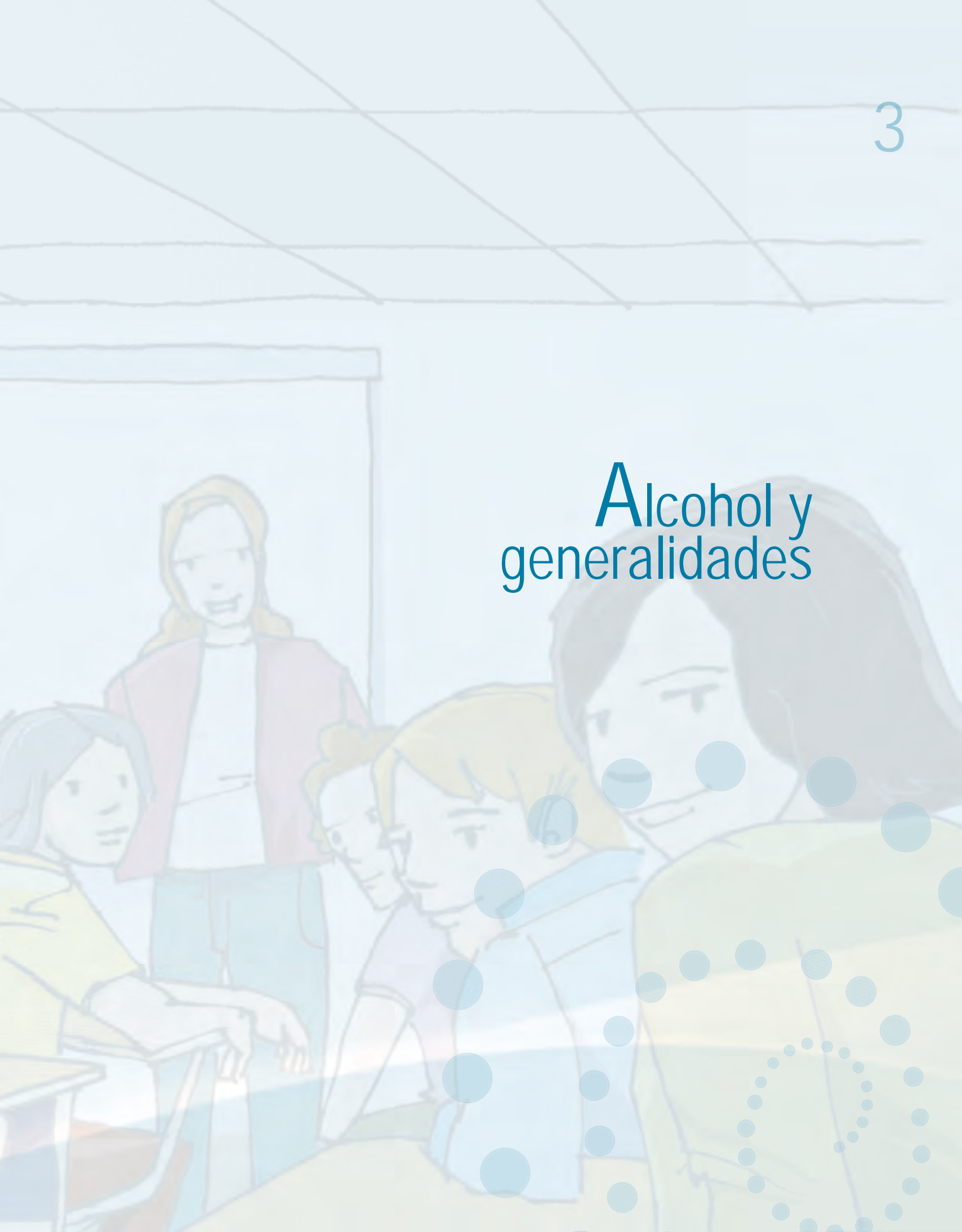
La invitación está en ser flexibles frente a la utilización del trabajo propuesto en este manual, con el objetivo de ir integrando y comprometiendo en el desarrollo de las diferentes propuestas aquí expuestas tanto a los adolescentes beneficiados directamente como a sus diferentes redes afectivas de apoyo, para generar lentamente un fortalecimiento de las redes sociales de sostenimiento comunitario que vaya brindando con su participación cambios en el accionar social frente al poder ofrecer a nuestros adolescentes contextos recreativos y culturales saludables en los que se generen y promuevan propuestas libres de alcohol, como alternativa preventiva específica.







# Alcohol y generalidades







### 3.1 Definición de alcohol<sup>2</sup>

Se utiliza la palabra “alcohol” cuando nos referimos al alcohol etílico o etanol ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ); líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. **El proceso por el que se obtiene el alcohol** (componente básico de las bebidas alcohólicas que conocemos) es la **fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono**, lo que se conoce como “**fermentación alcohólica**”. Esta se lleva a cabo por la **transformación**



<sup>2</sup> González, H. 2006. Alcohol: cuánto es demasiado. Red El Cotidiano. México: 6.

del azúcar en etanol mediante la actuación de unas levaduras sobre ciertos frutos o granos, como la uva, la manzana, la cebada o el arroz.

## Definición y clasificación de bebidas alcohólicas<sup>3</sup>

Se hace necesario conocer a qué se le llama **bebida alcohólica**, término que

hace referencia a aquella bebida cuya **composición** presenta **etanol** en forma natural o adquirida, y cuya **concentración es igual o superior al 1% de su volumen**. Las bebidas alcohólicas son determinadas según su composición, por lo que se describen **dos tipos de bebidas alcohólicas, las fermentadas y las destiladas**.

- **Bebidas fermentadas:** son las generadas a partir de las **frutas o de los cereales** que, por acción de sustancias

3 Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Campañas Alcohol y menores: El alcohol te destroza por partida doble. España. Consultado en <http://www.msc.es/campañas/campanas07/alcoholmenores9.htm>.



microscópicas (levaduras), convierten **el azúcar que contienen en alcohol**. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra. A continuación se profundizará conceptualmente en estos tipos de bebidas.

- **El vino** es el producto resultante de la fermentación de las uvas frescas o del mosto. Los blancos y rosados proceden de la fermentación del jugo de la uva y los tintos, del conjunto del grano de uva. Su **contenido alcohólico suele ser de unos 10-13 grados**.
- **La cerveza** se obtiene a partir de la malta cervecera, procedente de la transformación de la cebada y otros cereales. Para conseguir el sabor amargo se le añade lúpulo. Su **contenido de alcohol suele oscilar entre los 4 y los 6 grados**.
- **La sidra** procede de las manzanas trituradas y fermentadas. Su **contenido en alcohol oscila alrededor de los 5 grados**.
- **Bebidas destiladas:** Estas se generan a través de la destilación. El principio básico de esta acción reside en que **el alcohol se evapora a 78 grados** y el agua, a 100 grados; por consiguiente, **tienen más alcohol que las bebidas fermentadas,**

entre **30 y 50 grados**. Entre las más conocidas se encuentran:

- **El coñac o brandy**, que deriva de destilados del vino, criados en vasijas de roble.
- **La ginebra**, que resulta de la destilación de macerados de bayas de enebro y otros cereales.
- **El whisky**, que se origina de mezcla de cereales (cebada, maíz, centeno).
- **El ron**, que se obtiene de la destilación de la melaza fermentada de la caña de azúcar o de remolacha.
- **El vodka**, que se obtiene de varios cereales, generalmente centeno y también de la papa.

35

### Concepto de grado alcohólico<sup>4</sup>

La **graduación alcohólica mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc**, que en los envases de bebidas alcohólicas se simboliza (°) o vol%. De esta manera, la graduación alcohólica calcula el porcentaje de alcohol que contiene una bebida; en el caso del vino si se determinan 13 grados, lo que significa que 13 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir, el 13% de

<sup>4</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Op. cit.

alcohol. En Colombia una de las bebidas más comercializadas, aceptadas socialmente y por lo tanto más consumidas es la cerveza, que contiene un **grado alcohólico de 4%**.

### **Cálculo del consumo de alcohol**

Hay amplias variaciones respecto a la **concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países**. Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cerveza contiene entre 2 y 5% de alcohol puro; los vinos, entre 10,5 y 18,9%; los licores varían entre 24,3 y 90% y la sidra, entre 1,1 y 17%. Se comprende entonces que **el contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y de su volumen**. Por ello, **es esencial conocer cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio, para así comprender los cambios en el comportamiento que se dan asociados a la ingesta del alcohol**.

Desde la **perspectiva sanitaria, tiene mayor relevancia determinar los gramos de etanol absoluto ingerido que no el volumen**. Teniendo presente que **dependiendo del tipo de alcohol ingerido y la concentración de etanol, se tendrá una mayor concentración de etanol en**

**el organismo**, el cual afectará a su vez más rápido o más lento el sistema nervioso central y por ende, el comportamiento de quien ingiere esta sustancia psicoactiva.

### **3.2 Ingesta de alcohol en la historia<sup>5</sup>. Visión antropológica**

Debido a que el consumo de alcohol es una pauta inmersa en las dinámicas sociales y culturales del hombre a través de la historia, se amerita dar una visión general en el transcurso del tiempo de este consumo, con el fin de comprender este fenómeno. Como el consumo de alcohol es un fenómeno multidimensional en el que convergen variables individuales, familiares, sociales, económicas, étnicas e incluso históricas, se pretende ampliar el foco reflexivo sobre este contexto de ingesta, viéndolo como una dinámica sociocultural y no como un evento aislado.

Los primeros hallazgos referentes a la utilización de bebidas fermentadas se ubican hace 6.000 años, hacia el año 4000 A.C. en Mesopotamia, donde se pueden hallar indicios de la *Vitis Vinícola*, viña de la que probablemente proviene el vino que consumimos. En el año 2200 A.C. se

5 El alcohol. Clasificación y efectos, origen e historia, consumo y enfermedades. 2005. España. Consultado en <http://www.tusalud.com/adicciones/html/drogas/alcohol/consumo.htm#3>.

encuentran escritos de la cultura egipcia que hablan del consumo de cerveza y de sus propiedades nocivas. Esta bebida se elaboraba a partir de una especie de pan o torta de cebada. Es importante anotar que la cerveza era considerada una bebida para clases inferiores en la antigua Grecia y Roma.

Más tarde, en el siglo XIII, se encuentran avances con respecto a la elaboración de la cerveza, en los cuales se detalla que al añadir

el lúpulo, a modo de conservante, se obtiene una cerveza parecida a la que se consume actualmente. Con los descubrimientos de Pasteur sobre la fermentación de las levaduras, se le añaden propiedades conservantes a este tipo de alcohol. Y solo a partir del siglo XIX se encuentran elaboraciones de cerveza sin alcohol, que no obtiene un papel representativo hasta la segunda mitad del siglo XX.

En cuanto al vino, se encuentran relatos asociados estrechamente a la mitología; por



ejemplo en el Imperio Romano, el Senado romano tuvo que prohibir hacia el año 186 a.C. las bacanales romanas celebradas en honor al dios Baco (dios del vino y del delirio místico). Con la caída del Imperio Romano y la llegada de los bárbaros, se impone la ingesta de cerveza, pasando la elaboración del vino fundamentalmente a los monasterios, donde se fue perfeccionando con el tiempo. En nuestros días siguen existiendo monasterios que producen determinados licores de recetas ancestrales. En el siglo X aparecen las primeras referencias a la destilación del alcohol (se le atribuye al médico árabe Abul Karim en el siglo X), mientras que solo hacia el siglo XII se halla información referida a la fabricación de licores destilados y del aguardiente (*aqua ardens*), también en el seno de los monasterios.

El gremio de destiladores, muy ligado al feudalismo, se funda en el siglo XV, época en la que el cultivo de la vid era parte de la economía de los señores dueños de los feudos. A partir del siglo XVI son los españoles quienes se encargan de introducir la vid en América, y llega a ser tan popular su repercusión, que el rey español Felipe III restringe su producción. En los siglos XVII y XVIII se mejora significativamente la producción y el proceso de elaboración de los vinos, tanto en lo referente al

embotellado como a la utilización del corcho para facilitar el almacenamiento de los vinos y su conservación.

El consumo de alcohol como parte de rituales ha sido una constante en casi todas las culturas. En la cultura judeocristiana, el vino es un elemento de primordial importancia pues representa la sangre de Cristo en el ritual de la eucaristía. En América se sabe que los nativos conocían y utilizaban bebidas embriagantes llamadas "chichas"; sin embargo también se conoce que en pueblos como el azteca, chibcha e inca existían castigos para los bebedores<sup>6</sup>.

En este mismo sentido, se encuentran reportes en la primera mitad del siglo XX, cuando Estados Unidos promulga la Ley Voltead, conocida como Ley Seca, que prohíbe contundentemente la producción, suministro y consumo de alcohol. Esta ley estuvo vigente nada menos que trece años, hasta 1933. Esto generó situaciones críticas que se precipitaron con esta prohibición: creación de bandas organizadas, aumento de la delincuencia, tráfico de bebidas, corrupción en todos los ámbitos de la administración, entre otras. Después de la II Guerra Mundial, se reorganiza el mercado del

6 Escalante, G. y Escalante, L. Historia natural del alcoholismo. Consultado en <http://saber.ula.ve/bitstream/123456789/14874/1/capitulo6>.

alcohol y aparece la regulación de controles de calidad de las bebidas alcohólicas. Hoy en día sigue estando pendiente la prevención del consumo entre los NNA, dadas las cifras de enfermedad atribuidas a las bebidas alcohólicas, por lo que se han generado organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que luchan por la creación de leyes más estrictas para controlar la venta y publicidad de licores en el mundo.

Al reflexionar sobre el proceso histórico del alcohol, se podría llegar a aceptar este como un fenómeno “normal”, pero durante las últimas décadas el patrón de consumo se ha visto influenciado por la existencia de múltiples variables, las cuales han originado cambios en los patrones de ingesta del alcohol, en parte por:

- la presión de las grandes multinacionales productoras de alcohol mediante los medios masivos de comunicación, en su afán de ampliar la demanda hacia nuevas y más jóvenes poblaciones,
- la ausencia de procesos preventivos secuenciales y permanentes en periodos largos de tiempo sobre la población de NNA con respecto a la ingesta de cerveza, que es la sustancia de mayor difusión social luego de la chicha y el guarapo en los contextos rurales y semirurales,

- el bajo costo de algunos alcoholes,
- las creencias socioculturales que hacen ver la ingesta de alcohol desde cerveza como un factor indispensable para la sociabilización,
- la venta no restringida a población menor de 18 años –no obstante existir leyes que lo prohíben–.
- el no compromiso de padres de familia en el cuidado y supervisión de NNA en los momentos de interacción social e incluso la ingesta de alcohol por cuidadores adultos, así como la ausencia de una corresponsabilidad activa y comprometida entre Estado, familia y comunidad para el cuidado de los NNA. De ahí se ubica exclusivamente en el Estado el dar respuestas frente a los NNA con problemas por el uso inicial y problemático de alcohol.

### 3.3 Alcohol y estadísticas nacionales y locales<sup>7</sup>

Tener presente los estudios nacionales sobre el consumo de alcohol en adolescentes es de fundamental importancia, con el fin de contar con una visión objetiva sobre la realidad de este fenómeno, la cual brinda una información detallada sobre este consumo entre la población NNA en el PARD y de clubes juveniles. Se presentan

<sup>7</sup> Jaimes-Osma, JE. 2002. Observatorio epidemiológico de sustancias psicoactivas, uso de internet y juegos electrónicos en una institución universitaria. Revista Adicciones: 14 (2).



a continuación diversas investigaciones nacionales y locales para generar una mayor reflexión al momento de realizar el taller.

A través de su historia, Colombia se ha identificado, y en un punto estigmatizado, como un país afectado por el flagelo del narcotráfico, lo cual ha generado acciones

gubernamentales represivas y militaristas de amplio conocimiento entre la opinión pública nacional e internacional. No obstante, tanto la percepción social como el comportamiento epidemiológico sugieren el incremento progresivo del hábito de consumo en el país, al pasar a mantener no solo el no-



honroso liderazgo en la producción sino al involucrarse su población en el consumo de sustancias psicoactivas que, al decir de algunos analistas, es en parte consecuencia del aumento en la oferta interna por la política de restricción y represión del narcotráfico. Igualmente, no se pueden dejar de lado

las actuales situaciones de desempleo, desintegración familiar y confusión social, ante las cuales gran parte de la juventud está expuesta, agravadas por cierta permisividad social. A esto se suma que está reconocido casi universalmente que el consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol ha sido y sigue siendo un fenómeno de tipo epidémico.

### Panorama nacional de consumo

El Estudio de Rumbos en el año 2001<sup>8</sup>, con una megamuestra multietápica cuasialeatoria de 198.000 participantes, reveló que en Colombia se da un alto consumo de alcohol entre la población universitaria. El 78,3% de los universitarios ha consumido alcohol en el último año y el 44,7% lo ha hecho durante el último mes. Además, el 15,2% de los adolescentes consume alcohol por primera vez antes de los 10 años y el mayor porcentaje de la población, 65,5%, inicia el consumo entre los 10 y 14 años; entre los universitarios, el 5,1% de los adolescentes es de consumidores nuevos, con mayor proporción de mujeres (6,6%) que de hombres (3,3%).

8 Pérez, A. 2009. Consumo de alcohol en menores de 18 años. Corporación Nuevos Rumbos. Niños empiezan a tomar licor a los 10 años en el país. Ministerio de Educación Nacional. En: El Tiempo. Bogotá.



Igualmente, los resultados nacionales sobre prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (2004) para la población joven entre 12 y 17 años en Colombia mostró que para el alcohol y el cigarrillo es de 74,9% y 46,0%, respectivamente. En el estudio de Minprotección<sup>9</sup> se obtuvo también el mapeo de la prevalencia de vida de consumo de alcohol, que en general permite afirmar que la prevalencia de vida es de 77,9% para hombres y de 72,5% para mujeres. Por su parte, la prevalencia nacional de consumo en el último año, que se considera más descriptivo del consumo real actual, es de 65,0% y 59,0% para hombres y mujeres respectivamente.

Así, los patrones identificados por los estudios epidemiológicos nacionales realizados muestran variaciones significativas en aspectos como la prevalencia e incidencia, con una clara tendencia al aumento, la distribución geográfica del consumo con mayor concentración en áreas urbanas, la edad de inicio que tiende a ser cada vez más temprana, el género con una mayor proporción de hombres consumidores, pero con una tendencia en las mujeres a igualar

9 Ministerio de la Protección Social. 2004. Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Cicad/OEA, Agencia Colombiana de Cooperación Internacional (ACCI). Bogotá.

el consumo<sup>10</sup>. Esto lleva a concluir que, de acuerdo con los datos presentados sobre la incidencia y la prevalencia, el consumo de alcohol se deba considerar un problema de salud pública tanto a nivel nacional como en el ámbito de las ciudades y regiones territoriales.

El alcohol y el tabaco quizás sean unas de esas sustancias tan complejas de estudiar como el propio comportamiento de quien las consume. Son las sustancias psicoactivas de la contradicción permanente cuyo consumo, no obstante permitirse, se advierte como peligroso y se aconseja no abusar de él<sup>11</sup>. En ese marco el consumo de alcohol es un fenómeno socio-epidemiológico común que ha llegado a constituirse en un hábito generalizado, y la incidencia del consumo inadecuado se refleja en la gran mayoría de problemas sociales.

Adicionalmente, tal vez uno de los estudios más recientes que aportan información sobre el consumo de alcohol y otras

10 Mejía-Motta, IE. et ál. 2004. Diagnóstico situacional instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia: Informe de resultados. Ministerio de la Protección Social. Bogotá.

11 Pons, J. y Borjano, E. 1999. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional sobre Drogas - Universidad de Valencia. Valencia [en red]. Consultada en mayo de 2007. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/publica/html/otras.htm>.

sustancias psicoactivas entre la población colombiana es el desarrollado por los ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, junto con la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (Cicad-OEA), con la Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (Minprotección, 2006), que también examinó una megamuestra, en este caso de 100.000 sujetos.

Según los resultados obtenidos, se encuentra que entre las cinco ciudades principales de Colombia, en conjunto se puede decir que la mayor prevalencia de consumo de sustancias lícitas se encuentra en Medellín (65,65% para cigarrillo y 84,90% para alcohol en las prevalencias de consumo alguna vez en la vida), seguida de cerca por Bogotá; mientras que Bucaramanga y Cali arrojan unos valores intermedios, y Barranquilla es la que menores prevalencias presenta para los diferentes indicadores.

Igualmente, se ha documentado que el 1,6% de los adolescentes dicen haber consumido cerveza en los últimos treinta días con una frecuencia diaria, el 13,6%

lo hace los fines de semana; el 5,2%, algunos días de semana; el 17,1% bebe únicamente en eventos especiales y solo el 4,8% dice no haber consumido cerveza. De manera que se evidencia un predominio del consumo eventual o de fin de semana, sobre otro tipo de conductas frente al uso de esta sustancia.

Con respecto al aguardiente, en general las cifras tienden a disminuir relativamente, a excepción del consumo en fines de semana, que es del 17,4% (4,1% por encima de la cerveza). Los demás valores disminuyen levemente, lo que denota que solo 0,4% reporta consumir aguardiente diariamente; el 17,4%, los fines de semana; el 5,6%, algunos días de semana; el 29,7%, solo en eventos especiales y el 22,7% indica no haber consumido en los últimos treinta días. La comparación entre el uso de cerveza y aguardiente solo para eventos especiales deja ver con claridad los usos diferenciales que se les dan a estas bebidas, ya que la primera se ha convertido en un pasante ofrecido cotidianamente como otra alternativa más para acompañar las comidas.



Es de destacar que cada vez son menos visibles las diferencias entre hombres y mujeres, y que se mantienen los picos de consumo entre los 18 y los 19 años, aunque el consumo inicial sea temprano, como ya se ha enunciado previamente. El consumo global de sustancias lícitas presenta unas prevalencias del 76,9% para el consumo alguna vez en la vida, el 64,8% para el consumo en el último año y el 53,3% para el consumo durante los últimos 30 días, lo que se traduce en que más de la mitad de adolescentes en niveles de secundaria tiene un contacto regular con las sustancias lícitas, no obstante la restricción de acceso para menores de 18 años. Esto muestra debilidades en el control del expendio de alcohol y cigarrillos a menores de edad o la colaboración de adultos para facilitar el consumo temprano de estas sustancias, lo que predispone el consumo prolongado de cualquiera de ellas a lo largo de la vida, o es la antesala al uso de algún otro tipo de sustancia.

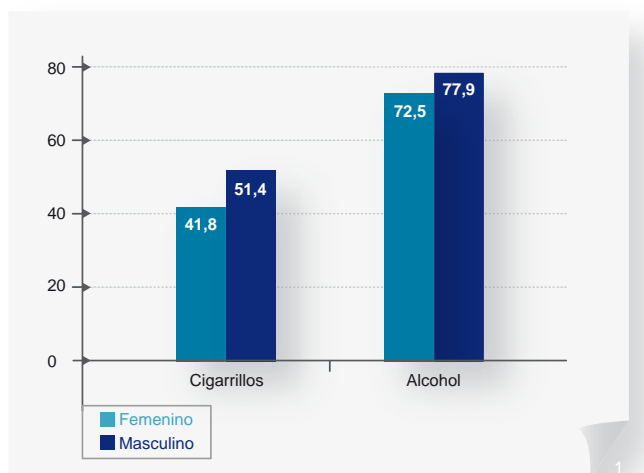
La evidencia sugiere que las prevalencias de alcohol se reportan relativamente más bajas para los indicadores de vida y año, y sin embargo aumentan para el indicador de consumo en los últimos treinta días. Ello trae consigo una cadena de consumos problemáticos, de difícil manejo y alto costo

social para los adolescentes y sus núcleos familiares.

**Tabla No. 1**  
**Prevalencia de vida de consumo de tabaco y alcohol en Colombia (2004)<sup>12</sup>**

| Estudio  | Año  | Población    | Tabaco | Alcohol |
|--|------|--------------|--------|---------|
| Consumo de SPA en Colombia                                   | 1996 | 12 - 60 años | 18,5 % | 61,6 %  |
| Juventud y consumo de SPA - RUMBOS                           | 2001 | 10 - 24 años | 37,5 % | 78,3 %  |
| Encuesta Nacional de consumo de SPA en jóvenes escolarizados | 2004 | 12 - 17 años | 46,5 % | 74,9 %  |

**Gráfico No. 1**  
**Prevalencia de vida consumo de tabaco y alcohol según sexo<sup>13</sup>**

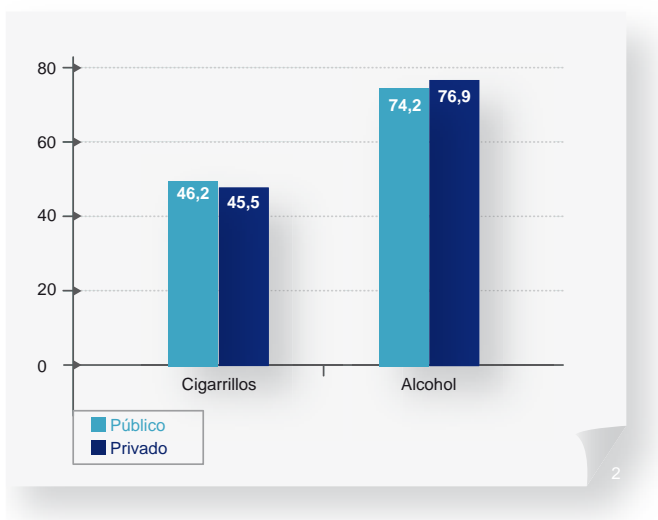


<sup>12</sup> Encuesta nacional de consumo de SPA en adolescentes escolarizados - Colombia. 2004.

<sup>13</sup> Ibídem.

Gráfico No. 2

**Prevalencia de vida consumo de tabaco y alcohol según tipo de establecimiento escolar de educación formal<sup>14</sup>**



Consecutivamente, en el año 2006 se realiza el Estudio de consumo de SPA en niños y niñas habitantes de calle, el cual no solo aborda este tipo de población sino que incluye también niños en instituciones. En primera instancia se analiza el tipo de sustancias que consumen niños y niñas en instituciones y en calle, y el resultado que arroja es que la más consumida es el cigarrillo, en instituciones (14,4%) y en calle (48%), seguida por bebidas alcohólicas, marihuana, perico, inhalantes y bazuco, en el orden mencionado. El estudio, además, explora el consumo de sustancias psicoactivas en población menor de 18 años

<sup>14</sup> Ibídem.

y en situación de calle, en dieciséis ciudades de Colombia, y concluye que el tabaco es la sustancia más consumida, seguida por el alcohol, la marihuana, la cocaína o perico y el bazuco. Se muestra mayor énfasis de consumo en las edades superiores a los 15 años para todas las sustancias.

Para el año 2007 se realiza la Encuesta nacional de salud, que entre varias problemáticas estudia la prevalencia de fumadores en adolescentes (12 a 17 años) por nivel educativo en el ámbito nacional. En este estudio se evidencia que los hombres son más usuarios que las mujeres en todos los niveles educativos, superándolas en el consumo en 3%. La encuesta aborda el consumo diario y esporádico (algunos días) de tabaco. Como índice importante de consumo se encuentra que el uso diario de cigarrillo entre hombres es alto en las personas con ningún nivel educativo (6,8%), seguido por personas con nivel educativo universitario (2,5%), preescolar y básica primaria (1,8%), básica secundaria y media (1,4%), técnico y tecnológico (1,1%). El consumo esporádico está en el nivel universitario (8,5%), seguido por las personas con ningún nivel educativo (3,5%), técnico o tecnológico (2,7%), básica secundaria y media (2,5%) y preescolar y básica primaria (1,7%). Para las mujeres se

evidencia que el consumo diario de tabaco está en 0,7%, el mayor valor para el nivel de educación universitario y preescolar y básica primaria, seguido por básica secundaria y media (0,3%). En los niveles educativos técnico o tecnológico y ninguna se evidencia 0% de uso de tabaco. En el uso esporádico se encuentra 1,2% en el nivel técnico o tecnológico, seguido de básica secundaria y media (0,7%), preescolar y básica primaria (0,4%) y universitario (0,3%). Para el ítem ningún nivel educativo el valor se encuentra en 0%.

Para finalizar el recorrido por los estudios estadísticos de consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en niños, niñas y adolescentes en Colombia, se retoma el estudio realizado por Augusto Pérez y la Corporación Nuevos Rumbos, el que arroja la información más actual sobre la problemática del consumo de drogas en NNA y reafirma las dimensiones del fenómeno expuestas por los diferentes estudios estadísticos mencionados anteriormente. Esta investigación acogió 9.276 estudiantes de colegios públicos y privados de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Florencia, Medellín, Tunja, Puerto Boyacá y Sabanalarga. Como dato preocupante, esta investigación encuentra que la







incidencia se disparó, al hallarse una edad de inicio de consumo de alcohol inferior o igual a los 10 años para el año 2008 en nuestro país.

El estudio resalta como importante y preocupante la edad en la que se está empezando a tomar. En el nuevo informe se señala que los niños se inician en este hábito a los 10 años y las niñas, a los 11. De hecho, el 13% de ellos y el 8% de ellas empezaron antes de los 10 años. Aunque la mitad de los encuestados coincidiera en que está mal que la gente de su edad tome, el 90% de ellos aceptó haber bebido en algún momento y el 70% puede considerarse como bebedores activos.

Los investigadores evidenciaron que el 23% de los niños y los adolescentes entrevistados muestran una tendencia al consumo problemático; ingieren licor todos los meses, todas las semanas, e incluso un porcentaje toma varias veces a la semana. Además, el estudio especificó que nueve de cada diez escolares han consumido licor y que la ingesta de trago a estas edades es significativa en fiestas familiares, delante de los padres o en presencia de otros miembros del hogar. La misma reflexión cabe con

respecto a los maestros, pues el 15% de los encuestados aseguraron también haber tomado alcohol dentro del colegio; el 8% de ellos afirmaron haber bebido durante varios días seguidos.

Pese a que el país cuenta con normas que prohíben la venta de alcohol a los niños y niñas y que hay acuerdo general sobre la urgencia de controlar el consumo de alcohol entre los jóvenes, en los últimos años este hábito no solo ha aumentado entre niños y adolescentes, sino que se redujo la edad en la cual los colombianos empiezan a tomar.

Los niños y jóvenes exponen como normal y aceptable tomar trago para celebrar, socializar, vencer la timidez, lograr aceptación, conquistar a alguien y pasarla bien, y para siete de cada diez de ellos es fácil o muy fácil conseguirlo. Lo adquieren sin mayores problemas en tiendas, licorerías y supermercados. Según el informe, las casas de los amigos y sus propios hogares son los principales sitios de consumo. Como una de las principales reflexiones, los investigadores afirman que los niños y jóvenes que empiezan a beber en forma temprana tienen entre cuatro y cinco veces



más probabilidades de terminar consumiendo sustancias ilegales. Por eso las entidades promotoras de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en niños, adolescente y jóvenes deben explorar y entender la variabilidad de la incidencia y la prevalencia del consumo de drogas desde alcohol para inhibir así hábitos que lleven al consumo de drogas ilícitas.

### 3.4 Mitos y realidades sobre la ingesta de alcohol<sup>15</sup>

A continuación se mencionan algunos mitos acerca del alcohol y la realidad de dicho mito.

Algunas creencias manifiestan que **“el alcohol no es una droga”**, aunque expertos confirman que sí lo es, porque modifica el funcionamiento del sistema nervioso central, produce cambios en la personalidad y la conciencia, y su consumo prolongado puede crear la necesidad progresiva de consumir cantidades cada vez mayores para sentir los mismos efectos, y a la aparición de molestias físicas y psíquicas cuando se suprime dicho consumo.

Se cree que **“el alcohol es un alimento”** ya que aporta calorías, pero estas son vacías. Este no tiene valor nutritivo ni para el crecimiento y ni para el mantenimiento de la salud.

**“El alcohol es un estimulante”**. Realmente es un depresor del sistema nervioso central, pertenece al grupo farmacológico de los anestésicos y sedantes. Primero actúa sobre las zonas del cerebro que tienen que ver con el juicio, el razonamiento, la comprensión y otras altas funciones intelectuales que regulan la conciencia humana, por lo que la persona se desinhibe y aparecen emociones, sentimientos y conductas impredecibles, muchas veces inadecuadas, con expresiones de euforia, tristeza o agresividad.

Otro mito existente y frecuentemente utilizado es **“el alcohol es bueno para combatir el frío”**. Lo real es que su ingesta dilata los

<sup>15</sup> Sandoval, J. y E. Hernández. 2004. Alcohol. Mito y realidad. Ed. Científico Técnica, La Habana. Para mayor información, ver <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4360>, [http://www.taringa.net/posts/info/1257870/Alcoholismo\\_\\_\\_Mitos-y-Realidades.html](http://www.taringa.net/posts/info/1257870/Alcoholismo___Mitos-y-Realidades.html).



vasos sanguíneos de la piel y da una sensación de calor, pero realmente la temperatura del cuerpo baja cuando la superficie de la piel caliente entra en contacto con el ambiente más frío que rodea al sujeto.

Con respecto al desempeño sexual, se dice que **“el alcohol mejora la sexualidad”**. La realidad encontrada a través de diferentes investigaciones a nivel mundial es que la acción del alcohol sobre los sistemas nervioso y endocrino interfiere con los centros reguladores de la respuesta sexual humana, al igual que en la producción y acción de algunas hormonas sexuales, lo que puede favorecer la aparición de impotencia sexual secundaria (no asociada a causas orgánicas), la incapacidad para experimentar más rápidamente orgasmo y otras alteraciones en el funcionamiento sexual de la pareja, desde los puntos de vista físico y de interacción psicológica, asociados especialmente al hecho de que la ingesta de alcohol estimula, según del perfil de personalidad del consumidor, conductas de pasividad, depresión o agresión, lo que afectaría la calidad de interacciones sociales.

**“Quienes asimilan o aguantan mucho alcohol nunca se vuelven alcohólicas”**. El consumo excesivo y prolongado del alcohol

va generando en el organismo mayores cantidades de la sustancia o la búsqueda de alcoholes de mayor concentración, para sentir los mismos efectos, lo que desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo llamado tolerancia química. Con el paso del tiempo este genera una respuesta inversa, en la que se “asimila menos”. Eso quiere decir que con pequeñas cantidades de alcohol, la persona presenta rápidamente la pérdida de control sobre la ingesta, siendo este uno de los factores de mayor riesgo para la conducta abusiva alcohólica.

**“Solo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter”**. Este mito se encuentra sobre todo asociado a otra variable presente frecuentemente en nuestra cultura: el machismo, según la cual los hombres en su necesidad de aparecer como fuertes y controladores, terminan consumiendo cada vez más alcohol, como una forma de responder igualmente a la presión grupal de sus pares, al igual que para mostrarse como arriesgados y más adultos. Sin embargo, este mito está tomando también auge entre las mujeres, al buscar mostrarse arriesgadas e independientes frente a su grupo social de referencia.

Los mitos y creencias populares, están determinadas por una gran variedad de

factores dentro de los que se encuentran: la cultura, los grupos etarios, las historias de vida familiar, entre otros. Así mismo estos mitos moldean actitudes de la población hacia determinado fenómeno, guiando las acciones de las personas hacia un determinado sentido. Por toda esta dinámica sociocultural y su influencia sobre la presencia de ciertos comportamientos de riesgo, es indispensable trabajar desde las creencias o patrones culturales subyacentes en el consumo de alcohol entre adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos (PARD), para así poder realizar propuestas preventivas desde contextos específicos.

### 3.5 Metodología de prevención 1

#### Mitos y realidades sobre el consumo de alcohol<sup>16</sup>

##### Objetivos

- Analizar y clarificar las creencias socioculturales sobre el problema del consumo de alcohol entre adolescentes.
- Propiciar la toma de conciencia sobre la influencia de los mitos y falsas creencias que se tienen sobre la ingesta de alcohol.

<sup>16</sup> Sáyago, L. 1999. Manual de capacitación para docentes. Habilidades para la vida: prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Venezuela: 48-52.

##### Pasos

1. La persona que dirija la actividad debe elaborar una tarjeta con cada ítem de los que aparecen en la guía de mitos y realidades.
2. Luego solicita a los participantes que formen grupos de máximo ocho personas y les entrega varias tarjetas por grupo, para que analicen si las consideran ciertas o falsas. Deben nombrar un relator por grupo, quien presentará en plenaria los resultados de la discusión.
3. La persona que dirija la actividad debe aclarar las dudas que surjan y cerrarla realizando una síntesis.

##### Resultados esperados

- Los participantes deben comprender la complejidad del consumo de alcohol y despejar falsas concepciones que se tengan.
- Los participantes deben comprender las diferentes representaciones sociales que tiene el consumo de alcohol y cómo estas representaciones influyen en las decisiones de consumir o no alcohol.


##### Materiales

- Hojas de papelógrafo
- Marcadores
- Tarjetas de mitos y realidades

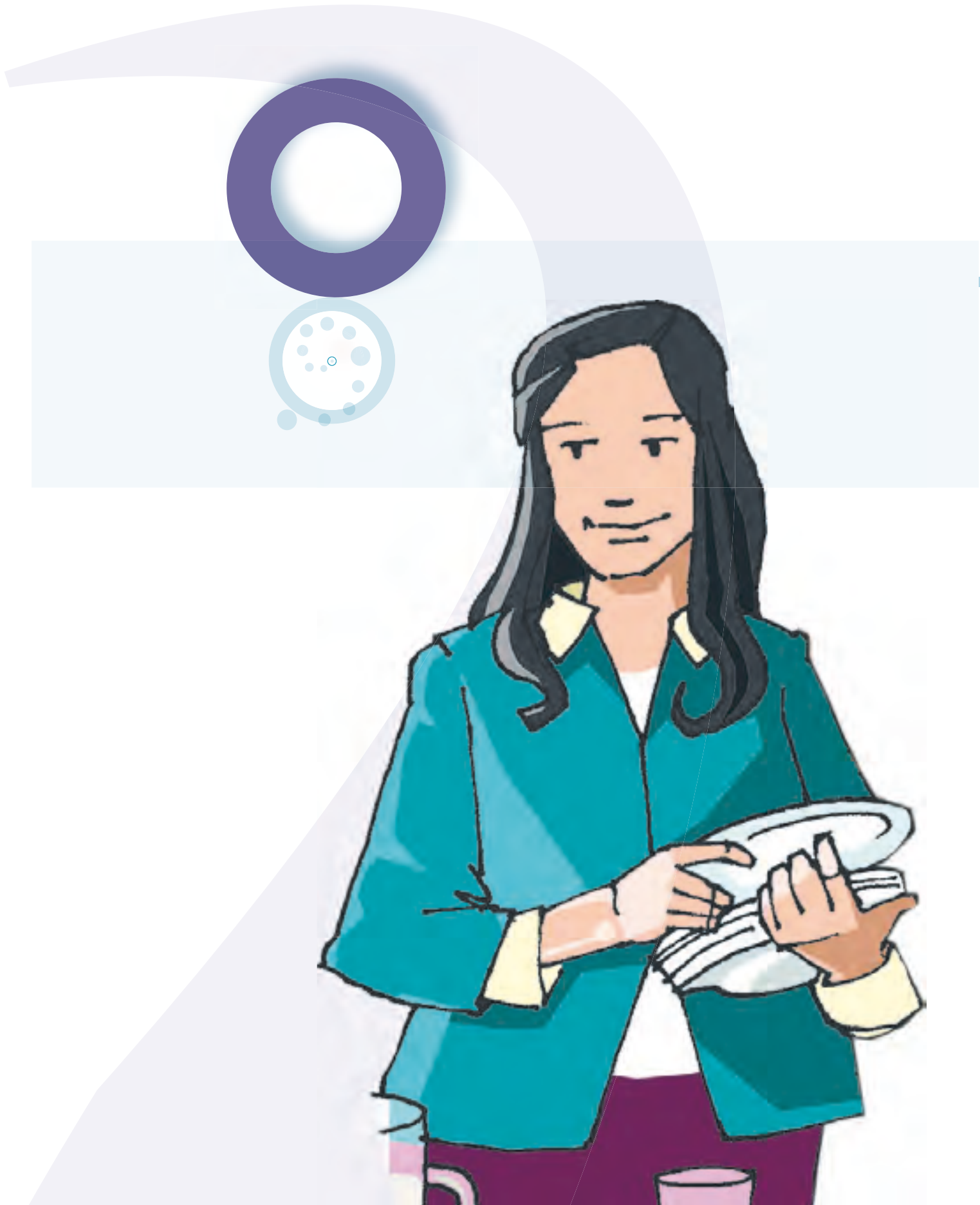
##### Anexo de apoyo

Anexo 2, Guía de mitos y realidades, y anexo 3, Guía de respuestas para el director de la actividad.



An illustration of a man and a woman sitting at a dining table. The woman is on the left, wearing a blue jacket, and the man is on the right, wearing a purple shirt. They are both smiling and holding glasses. In the background, there is a wooden kitchen shelf with a bottle, a plate, and another bottle. The table has a green tablecloth, a white glass, and some salt and pepper shakers. The overall style is a soft, watercolor-like illustration.

# Factores de riesgo y de protección que inciden en el consumo de alcohol en adolescentes



## 4.1 Factores de riesgo para la ingesta de alcohol en adolescentes<sup>17</sup>

55

El término “factor de riesgo” se define como cualquier característica de una persona o comunidad que incrementa la probabilidad de que se desarrolle un problema. Otra definición asume el factor de riesgo como cualquier evento de naturaleza individual, familiar, social, cultural que al presentarse aumenta la probabilidad de aparición de una situación crítica. Un nuevo concepto

sobre el término factor de riesgo está asociado al concepto de vulnerabilidad, el cual sugiere que las personas con mayor cantidad de factores de riesgo y con menor número de factores protectores tienen mayor probabilidad de presentar problemas, desajustes o resultados negativos que las personas que cuentan con mayor número de factores protectores para hacer frente a la oferta de sustancias psicoactivas.

En el marco del uso de SPA, existen diferentes tipos de factores de riesgo que afectan a los adolescentes en PARD, los cuales han

<sup>17</sup> Prevención del uso de sustancias psicoactivas SPA (desde alcohol y tabaco) en niños, niñas y adolescentes. Documento de apoyo a la “Guía del observador”. Colombia. 2008. Y Causas y factores de riesgo, programa de prevención. Fundación Campo Renacimiento. Consultado en <http://www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm>. México.



sido agrupados tradicionalmente en factores de riesgo individuales, contextuales e interpersonales<sup>18</sup>.

Los factores de riesgo individuales hacen referencia a la vulnerabilidad biológica, a determinados patrones de comportamiento propios de los contextos en los cuales se desenvuelve el joven, a estados emocionales negativos frente a situaciones complejas no elaboradas en la historia de vida y a las actitudes favorables hacia el uso de sustancias psicoactivas desde alcohol, los beneficios sociales, personales y grupales reforzados por patrones culturales.

Los factores de riesgo contextuales son aquellos que trascienden e impactan los factores individuales y familiares, dadas las relaciones existentes entre ellos. En estos las dinámicas social, familiar e individual se ven afectadas por la presencia de factores como la venta de sustancias psicoactivas sin control, la presencia de grupos consumidores en la localidad, la posición permisiva de los entes de control sobre el uso de alcohol y otras sustancias, en nuestro caso por adolescentes y adolescentes en PARD, entre otros.

Otro tipo de factores de riesgo son los interpersonales, que tienen que ver con el ámbito social donde el joven y el adolescente desarrolla su vida social. Entre estos, el colegio, el grupo de amigos y la familia. La presencia en estos diferentes medios de socialización de conductas –como amigos del adolescente que ejercen presión hacia el consumo, la dosis personal, satisfacer curiosidad sobre los efectos de las drogas, bajos niveles de aprendizaje, conflictos con los profesores o padres– influye de manera decisiva en el inicio y en el mantenimiento del uso de las sustancias psicoactivas desde alcohol por el joven o el adolescente en proceso administrativo de restablecimiento de derechos.

Al analizar los factores de riesgo relacionados con los sistemas familiares, se encuentran bajos niveles de concertación entre los padres sobre las normas de crianza de los hijos, ausencia o contradicción sobre las normas familiares en cuanto al uso de SPA desde alcohol y tabaco, conflictos entre padres y el adolescente, ausencia o sobresaturación de normas en el manejo del joven, consumo de alcohol por alguno de los progenitores. El sistema familiar es precisamente un contexto de relevancia para explicar el consumo temprano de drogas legales desde alcohol por adolescentes

<sup>18</sup> Sánchez, G. Alcohol y adolescencia. Centro de Salud Torrero. La Paz. Zaragoza.

en PARD, lo cual es indispensable para la exploración de estos factores de riesgo.

Otros factores de riesgo familiar son: ausencia de los padres, madres y/o adultos en el sistema familiar y/o nueva pareja; trastornos importantes en algún integrante del sistema familiar; niveles bajos en las aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos; altos niveles de conflictos familiares; historia de alcoholismo y abuso de drogas en la familia; conflictos y problemas de relación entre padre-madre,

hijos e hijas; dificultad para escuchar o responder adecuadamente a los hijos e hijas; dificultad para fijar límites; falta de interés por la educación y mundo emocional de los hijos e hijas; ausencia de normas claras de funcionamiento familiar; falta de vínculo afectivo con los hijos e hijas.

Factores de riesgo individuales: Trastorno en la memoria y el aprendizaje; trastornos endocrinos relacionados con la hormona de crecimiento y con la testosterona, así como alteraciones en el metabolismo óseo; se



desarrollan conductas agresivas y de riesgo como embarazos no deseados y relaciones sexuales no protegidas; baja autoestima (no mostrar satisfacción de sí); actitud de descontento y de insatisfacción frente a la vida; se contenta con cualquier mediocridad propia; se evade frente a los problemas reales; protesta e inconformismo contra las normas sociales; actitudes favorables hacia el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Factores de riesgo contextuales: Publicidad de bebidas alcohólicas que ofrece una imagen positiva del uso de SPA (desde alcohol y tabaco); acceso a las drogas sin control por parte de autoridades responsables; ambientes favorables al consumo que permiten el ingreso a adolescentes (bares, juegos electrónicos, expendio de drogas); interacción con grupos al margen de la ley (pandillas, bandas) que son vistos por los adolescentes como un modelo; baja capacidad de oferta de servicios para adolescentes que faciliten la ocupación creativa del tiempo de ocio, la utilización del tiempo libre, la vinculación a actividades recreativas sin ingesta de alcohol.

Factores de riesgo interpersonales: Habilidades sociales reducidas para comunicarse con los demás; deficientes habilidades de autocontrol; dificultades en

las relaciones interpersonales con la familia, con los amigos o en la escuela.

## 4.2 Factores protectores ante la ingesta de alcohol<sup>19</sup>

Según los estudios más recientes sobre las perspectivas del uso y abuso de las sustancias psicoactivas, “el factor protector es un atributo o característica individual y contextual que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y abuso de drogas”. Actualmente, el fenómeno de los factores protectores se estudia sustentándose en investigaciones teóricas alrededor del enfoque de la resiliencia. Estas investigaciones encuentran necesaria la interacción entre los dos principales sistemas: la familia y la escuela. En ambos se postula la importancia de proponer nuevos esquemas de colaboración orientados a la búsqueda conjunta de soluciones, en las que los diferentes actores sociales – adolescentes, maestros, padres, madres, vecinos y adultos– interactúen y se influyan mutuamente, generando un ámbito propicio para estimular actitudes positivas y crear o modificar hábitos y prácticas de socialización que contribuyan positivamente en la vida

<sup>19</sup> Prevención del uso de sustancias psicoactivas SPA (desde alcohol y tabaco) en niños, niñas y adolescentes. 2008. Documento de apoyo a la “Guía del observador”. Colombia.

de las familias. Este trabajo conjunto ayuda a los adolescentes a reconocer y reforzar valores de justicia, prudencia, solidaridad y normas, así como comportamientos proactivos, constructores de solidaridad y corresponsabilidad social.

Otro factor generador de protección es la creación de vínculos afectivos sólidos a todos los niveles, en los cuales el adolescente encuentre oportunidades de participación y experiencias significativas. Esta red de vínculos está estrechamente relacionada con la educación en competencias ciudadanas

y democráticas. Es decir, reforzar los vínculos afectivos familiares y comunitarios, convirtiéndose en una red de protección social, fundamental para la superación de momentos críticos cotidianos.

Con respecto al sistema familiar, se encuentra que la existencia de normas de convivencias claras y consistentes para adolescentes, como control de horarios de salidas, acompañamiento en la realización de tareas escolares, conocimiento y acompañamiento de las amistades, distribución de tareas domésticas, es un factor protector para el



inicio o la prevalencia del uso de SPA, desde alcohol y tabaco. Es importante recalcar la necesidad de una posición única frente al uso de tabaco, alcohol y otras drogas, debido al grado de influencia del medio sociocultural donde la ingesta de SPA por adolescentes es tolerada y vista como algo normal en su etapa de vida.

Otros factores protectores en el contexto familiar acogen la presencia de padres, madres o adultos que comparten con los adolescentes: la disciplina familiar; atención y seguimiento paterno/ materno; una cohesión familiar que aumente la participación en las decisiones familiares; el asertivo manejo de conflicto familiar. La claridad y consistencia de normas y reglas familiares; una actitud de escuchar entre los miembros del núcleo familiar; habilidades para fijar límites y distribución de responsabilidades domésticas; interés por la educación y mundo emocional de los hijos e hijas; vínculos afectivos fuertes; conocimiento de los intereses, gustos y habilidades de los hijos e hijas y estímulos hacia los aspectos culturales y recreativos. Estas son estrategias que inhiben factores de riesgo familiar.

En el mismo sentido, otro factor protector es el fortalecimiento de la autoestima y de

comportamientos pro sociales (deseables y constructivos) entre los adolescentes, procurando el uso de elogios y estímulos positivos frente a comportamientos positivos, así como la verbalización de avances y pequeños esfuerzos frente a otros miembros de la familia o amigos cercanos.

Factores protectores individuales: Percepción favorable de sí mismo; interés por el aprendizaje; cuidado de su cuerpo; comportamientos sociales; sexualidad responsable; autoestima (muestra satisfacción de sí); actitud positiva frente a la vida; resolución de dificultades y toma decisiones; actitud desfavorable hacia las drogas.

Factores protectores contextuales: Existencia de redes familiares y comunitarias; existencia de redes institucionales; cine foros educativos; regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas; ambientes favorables; existencia de programas y servicios dirigidos a los niños, niñas y adolescentes; vinculación en grupos de deportes, teatro, baile, juegos al aire libre, entre otros.

Factores protectores interpersonales: Actitud de escucha activa; empatía; identificación y manejo de sus propias

emociones (alegría, felicidad, rabia, ira); identificación de las emociones de los demás; expresar y sustentar una posición de manera que los demás puedan comprenderla; conocer y entender los diferentes puntos de vista de los otros; actitud de cooperación (ayudar e incluir); emitir respuestas sociales apropiadas en diversas situaciones.

Los factores protectores expuestos anteriormente se convierten en una herramienta importante para la identificación de redes de apoyo y comportamientos favorables entre los adolescentes y adolescentes que se encuentran en el PARD.

## 4.3 Metodología de prevención 2

### Adolescencia, factores de riesgo y de protección<sup>20</sup>

#### Objetivo

Identificar las características de la adolescencia que se vinculan a los factores de riesgo y de protección.

#### Pasos

1. Dividir el grupo en cuatro subgrupos.
2. Posteriormente, cada grupo copiará la lista de palabras que aparecen en el tablero (dos grupos copiarán la “A” y dos grupos,

la “B”). Ellos deben establecer cuál de las situaciones o características señaladas en su lista se vinculan con adolescencia-riesgo y con adolescencia-protección.

3. Luego cada grupo hará una presentación en plenaria, para analizar en el grupo grande y sacar las conclusiones.
4. A continuación la persona que dirija la actividad establecerá cómo les pareció la experiencia, si les fue fácil relacionar los comportamientos o características con la adolescencia y los factores de riesgo y protección.
5. Consecutivamente se les pedirá a los participantes que agreguen otras características que ellos consideren que no estaban incluidas en la lista.

#### *Lista de palabras “A”*

Música, alegría, mentiras, deporte, fiestas, sexualidad, sueños, estudios, amigos, padres, grupo, cigarrillo, amor, confianza, comunicación, canciones, inseguridad, audacia, independencia, impulsividad, compartir, miedo, sensaciones fuertes, rebeldía, participación, alcohol.

#### *Lista de palabras “B”*

Afecto, comprensión, presión, autoestima, cambios, incompreensión, conflicto, humor, atracción, espiritualidad, metas, agresión, líderes, modelos, creatividad, normas,

<sup>20</sup> Sáyago, L. Op. cit.: 58.

respeto, drogas, insatisfacción, experiencia, música, libertad, familia, invencible, futuro, violencia, pasión.

### *Resultados esperados*

- Los adolescentes reconocen los factores de riesgo y protección que se encuentran en su contexto y logran una reflexión acerca de la complejidad del consumo de alcohol.
- Los participantes logran expresar los factores de riesgo y protección que identifican de su medio habitual y resignifican dichas situaciones o actividades para proyectar metas positivas.

### *Materiales*

- Tablero
- Marcadores borrables y permanentes
- Cinta engomada
- Papelógrafo









An illustration of a woman with long blonde hair, wearing a white lab coat, pointing her right hand towards a flipchart. The flipchart is on a stand and has the word 'Metodología' written at the top. Below the title, there are two horizontal lines. The background is light blue with a pattern of semi-transparent blue circles of varying sizes. The overall style is clean and professional.

# Alcohol e investigaciones mundiales



MG



Estudios realizados<sup>21</sup> por la Organización Panamericana de la Salud acerca del consumo de alcohol en América Latina (AL)<sup>22</sup> registran que este supera al promedio mundial. En AL el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo de la carga de mortalidad, superando al consumo de tabaco, la malnutrición y el bajo peso al nacer. También se encuentra asociado en esta región a otras conductas de alto riesgo como las prácticas sexuales inseguras y el consumo de otras sustancias psicoactivas.

67

<sup>21</sup> El alcoholismo es solo cosa de hombres. Alcoholismos, mito y realidades. Consultado en [http://www.taringa.net/posts/info/1257870/alcoholismo\\_\\_\\_mitos-y-realidades.html](http://www.taringa.net/posts/info/1257870/alcoholismo___mitos-y-realidades.html).

<sup>22</sup> Turner. 2008. El consumo de alcohol en América supera al promedio mundial. Taller "Consumo de alcohol, problemas asociados y respuestas en América Latina". Organización Panamericana de la Salud (OPS). Panamá.

Se encuentra igualmente que el 14% de las muertes por cáncer en AL en 2002 estuvieron asociadas a la ingesta de alcohol. Con referencia al promedio de consumo anual de alcohol, en AL, se encuentra en 8,9 litros por persona, superando el promedio mundial, que alcanza los 5,8 litros por individuo.

Adicionalmente, se encuentra que la ingesta de alcohol es una de las principales causas de homicidios, violencia doméstica, abuso de menores, accidentes de tránsito y otras lesiones. La ingesta de alcohol impide la posibilidad de recibir buena educación, nutrición, salud y acceso a otros bienes y servicios, al utilizarse el recurso económico en la compra de alcohol, factor que contribuye a incrementar los índices de pobreza y por ende de marginalidad social.

“En una investigación realizada por EDIS en 1998 en España (Navarro, 2000) a padres con hijos entre 12 y 14 años, se encontró que el 63,8% de los encuestados percibían que el consumo de alcohol aportaba beneficios físicos como: mejora en la digestión, quita el frío, cura los resfriados, ayuda a crecer y estimula la circulación sanguínea. Dentro del área social, creían que el alcohol hace fluir las relaciones sociales, facilita el inicio de las relaciones sexuales y estimula

la actividad intelectual”. En el ámbito psicológico reportaban que daba euforia, valor, aumentaba el tono vital y ayudaba a tomar decisiones. En el mismo estudio se valora la bebida alcohólica como importante en la alimentación (54%), en las costumbres sociales (70,6%) y en la economía para el país (71,1%).

“En otra investigación realizada por Alonso (1999) en San Juan del Rey, Minas Gerais, con alcohólicos sin tratamiento y alcohólicos en tratamiento, se evidenció que en algunos sujetos alcohólicos sin tratamiento aportaban respuestas referentes a mitos sobre el alcohol tales como: es un estimulante sexual, elimina la timidez, y proporciona coraje. Mientras el grupo alcohólico en tratamiento no ratificó este tipo de creencias, es decir, que los mitos entre otros, pueden contribuir en la persona a reforzar la conducta y servir como medios de justificación para el alcoholismo”.

Para Díaz y Ferri (2002) los hijos de los alcohólicos además de los factores de riesgo de tipo individual, familiar y escolar también están expuestos a factores externos como costumbres, modas culturales y mitos sobre el consumo. Igualmente se incorporaron otro tipo de influencias como una educación

y escolarización deficientes y un modelo familiar de consumo”.

## 5.1 Alcohol y accidentabilidad<sup>23</sup>

### Alcohol y conducción

En este apartado, es importante recalcar que el conducir no se reduce exclusivamente a automóviles, -aunque las investigaciones que aquí se mencionan así lo expliciten-, se podría transpolar esta información a la utilización de otros medios de transporte como: motocicletas, bicicletas, entre otros. Donde al no tenerse el suficiente control y atención al momento de realizar el conjunto de conductas para el manejo adecuado de los diferentes medios de movilidad, (por estar bajo los efectos de una o varias sustancias psicoactivas), se estaría en riesgo de tener accidentes o generar daño a terceros o a la propiedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se enunciarán diferentes investigaciones, que brindan una visión sobre la ingesta de alcohol y el conducir:

El consumo de alcohol entre conductores de vehículos es frecuente, se encuentra que el alcohol deteriora la capacidad de conducir

vehículos de forma directamente proporcional a su concentración en sangre (ver tabla anexa), ante lo cual el deterioro ocasionado por alcoholemias más elevadas incrementa ascendentemente la susceptibilidad a sufrir un accidente. Por consiguiente, el consumo de alcohol se convierte probablemente en el factor de riesgo más relevante de accidentes de tránsito y de lesiones asociadas a este.

“La probabilidad de fallecer en un accidente es cinco veces mayor entre los conductores y peatones con alcoholemia superior a 0,5 g/l, de forma que el consumo de alcohol está implicado en el 30-50% de los accidentes mortales, en el 20-40% de los accidentes con víctimas no mortales y en el 10-30% de los accidentes con daños materiales”<sup>24</sup>.

La conducción con 0,5 g/l de alcohol en sangre proporcióna el doble de probabilidad de sufrir un accidente, lo que aumentando dicha probabilidad progresivamente a partir de esta concentración; así, con 0,8 g/l el riesgo es casi cinco veces mayor que el que presentan los que no han bebido alcohol.

En personas adolescentes se estima que el riesgo relativo de sufrir un accidente mortal con alcoholemia de 0,8 g/l es máximo entre la

<sup>23</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. 2007. Informe sobre alcohol. España: 55.

<sup>24</sup> Alcohol, accidentes de tráfico y conductas de riesgo. Efectos sobre la salud. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2007



población de 16-17 años (165 veces) y entre la de 18-19 años (70 veces las incidencias del alcohol sobre la conducción son más notorios), por características asociadas a la propia juventud: menos experiencia en conducir, consumo concomitante de otras sustancias, conducta desinhibida, consumos elevados los fines de semana, entre otros. Multifactorialidad que hace de este grupo de edad más vulnerable a presentar accidentes de tránsito asociados al uso de alcohol.





**Tabla No. 2**  
**Relación de la alcoholemia con la concentración de alcohol en aire aspirado y la sintomatología clínica**

| Concentración de alcohol en sangre g/l | Signos y síntomas clínicos | Alcohol   |
|--|----------------------------|---|
| <0,3 g/l                               | <0,15 mg/l                 | Desinhibición, euforia leve   |
| 0,5 g/l                                | 0,25 -0,5 mg/l             | Borrachera leve. Logorrea. Locuacidad. Inyección conjuntival. Euforia. Afectación leve del rendimiento psicomotor.  |
| 1 - 2 g/l                              | 0,5 - 1,0 mg/l             | Borrachera intensa. Sedación, ataxia, disartria, diplopia, nistagmus, deterioro mental y físico, agresividad, excesiva euforia. Taquicardia, taquipnea, trastornos vasomotores. Náuseas, vómitos. Deterioro grave del rendimiento psicomotor. |
| 2 - 3 g/l                              | 1,0 - 1,5 mg/l             | Borrachera muy intensa. Ataxia, sedación, confusión, vértigo, diplopia. Náuseas, vómitos. Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor.   |
| 3 - 5 g/l                              | 1,5 2,5 mg/l               | Coma sin signos de focalidad, hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, midriasis bilateral poco reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos. Bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. Imposibilidad de conducir.                    |
| > 5 g/l                                | > 2,5 mg/l                 | Muerte  |

Fuente: Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. 2007. Informe sobre alcohol. España.

## Cambios inducidos por el alcohol en la capacidad de conducción

### *Rendimiento psicomotor*

El alcohol hace lento el tiempo de reacción, es decir, el tiempo que tarda una persona en decidir qué debe hacer y cómo actuar,

lo que genera respuestas torpes y no claras al momento de tener que tomar decisiones. También afecta la coordinación visual, la atención (concentrada y dividida) y la resistencia a la monotonía, razón que hace perder la atención y la concentración en la realización de una tarea específica que tenga que ver con procesos secuenciales. Además altera la percepción sobre la velocidad, la distancia, la situación relativa del vehículo, la habilidad para seguir una trayectoria o hacer frente a lo inesperado. Esto provoca una grave alteración en la capacidad de conducir con seguridad y aumenta proporcionalmente el riesgo de accidente.

### *Visión y oído*

En cuanto a la afectación que produce el alcohol en la visión, encontramos deterioro en la acomodación, disminución en la capacidad para seguir objetos, reducción del campo visual, alteración de la visión periférica, retraso en recuperar la visión precedida por deslumbramiento. Mientras que a nivel auditivo se encuentra en incapacidad para hacer distinción de los diferentes sonidos.

### *Comportamiento y conducta*

El alcohol produce un marcado deterioro de las funciones cognitivas y psicofísicas; la persona que ha ingerido alcohol no percibe estos cambios. El sujeto muchas

veces manifiesta una sensación subjetiva de mayor seguridad en sí mismo, así como reacciones de euforia, agresividad, conductas temerarias y violentas. Esto lo ubica en una situación de negación sobre sus limitaciones personales o capacidades físicas, y hace que se torne más arriesgado frente a situaciones que evitaría al estar en sobriedad.



**Tabla No. 3**  
**Alteraciones de la capacidad de conducción y del rendimiento psicomotor**

| Concentración de alcohol en sangre g/l | Signos y síntomas clínicos   |
|--|--|
| <0,3 g/l                               | No se demuestra alteración o es muy leve   |
| 0,3 - 0,5 g/l                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrachera leve</li> <li>• Afectación leve del rendimiento psicomotor</li> <li>• Reducción percepción de luces</li> <li>• Distorsión percepción distancias</li> <li>• Disminución campo visual (efecto túnel)</li> </ul>  |
| 0,5 - 1 g/l                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrachera moderada</li> <li>• Deterioro moderado del rendimiento psicomotor</li> <li>• Alteración coordinación manual</li> <li>• Deterioro percepción luz roja</li> <li>• Aumento del tiempo de reacción</li> <li>• Impulsividad y agresividad al volante</li> </ul>   |
| 1 - 2 g/l                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrachera intensa</li> <li>• Deterioro grave del rendimiento psicomotor</li> <li>• Conducción temeraria por poca apreciación del riesgo</li> <li>• Reducción de la agudeza visual</li> <li>• Reducción de la visión periférica y de recuperación al deslumbramiento</li> <li>• Visión borrosa</li> <li>• Falta de coordinación de movimientos</li> </ul> |
| 2 - 3 g/l                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrachera completa</li> <li>• Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor</li> <li>• Visión muy borrosa</li> <li>• Incoordinación grave</li> </ul>  |
| 3 - 5 g/l                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma</li> <li>• Imposibilidad de conducir</li> </ul>  |
| > 5 g/l                                | • Muerte   |

Fuente: Comisión clínica de la delegación del gobierno para el Plan nacional sobre drogas. 2007. Informe sobre alcohol. España.

## La relación entre el alcohol y los accidentes de tráfico<sup>25</sup>

Los efectos del alcohol sobre las funciones psicomotoras y la capacidad para conducir

<sup>25</sup> Del Río, M. 2000. *La relación entre el alcohol y los accidentes de tráfico*. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid.

son correlacionales: a mayor alcoholemia mayor riesgo de sufrir un accidente de tráfico. Esta situación se complejiza con la edad, la frecuencia de consumo de alcohol (habitual, esporádico), la experticia en la conducción de vehículos e incluso según el tipo de colisión (solo un vehículo o colisión múltiple).

Se estima que el riesgo relativo de sufrir un accidente mortal entre los conductores con niveles de alcohol en sangre de 80 mg/100 ml es máximo entre los adolescentes de 16-17 años (165 veces) y entre los de 18-19 años (70 veces).

## 5.2 Alcohol e incumplimiento de normas sociales<sup>26</sup>

La dependencia alcohólica debe ser enmarcada como un estado de dependencia física y emocional ante el consumo reiterado y creciente del alcohol. El análisis de esta dependencia puede iniciarse al verlo como una forma de desviación social, ante todo por la enajenación de la personalidad de quien consume y su ausencia de reconocimiento de las normas imperantes en las relaciones sociales.

<sup>26</sup> Camejo Lluch, Reynerio. 2006. *Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social*. Perú: Ilustrados. com: 7. Consultado en <http://site.ebrary.com/lib/unalbogsp/Doc?id=10140369&ppg=7>. E Hinojosa, E. 2008. *El alcoholismo. Efectos sociales*.

Para establecer el hábito de beber alcohol, la persona pasa progresivamente a través de una serie de fases hasta llegar a la dependencia. Cuando el individuo llega a tal estado comienzan a producirse en él cambios físicos y psíquicos de repercusión social. Entre los efectos sociales que causa el alcoholismo se encuentran: conducta antisocial, pérdida de nivel social y degradación social completa. Por esto numerosos estudios clínicos demuestran que los alcohólicos se vuelven fácilmente irritables, susceptibles y con frecuencia se comportan de forma agresiva y violenta. Incluso llegan a presentar con mayor frecuencia conflictos personales, familiares y sociales, en comparación con personas no bebedoras de alcohol.

### 5.3 Metodología de prevención 3

#### ¿Se puede beber responsablemente?<sup>27</sup>

##### Objetivo

Considerar y analizar las posibilidades de beber responsablemente.

##### Pasos

1. Con anterioridad, se despide a los participantes que traigan recortes de

periódicos o revistas que contengan imágenes sobre situaciones donde beber alcohol es aceptable o cuando es un riesgo.

2. Previamente, el director de la actividad explicará sobre las situaciones en las que beber significa un riesgo y en cuáles no.
3. Luego se les solicita a los participantes que en grupos preparen un *collage*, en el cual representen las situaciones relacionadas con beber alcohol responsablemente (en poca cantidad como un aperitivo en las comidas y en una celebración siempre que sea moderadamente), así como en las situaciones en las que beber puede resultar un problema de graves consecuencias (los adolescentes bebiendo, beber con el estómago vacío, cuando se conduce un vehículo, se maneja una maquinaria o herramienta, cuando se está embarazada, cuando se es niño, cuando se tienen antecedentes de alcoholismo en la familia).
4. Posteriormente, formando un círculo se intercambiarán los trabajos que cada grupo elaboró y se argumentarán las imágenes:
  - ¿Qué quiere decir?
  - ¿Cómo se justifica el planteamiento?
  - ¿Por qué es o no un riesgo?
  - ¿Están de acuerdo?
5. Los demás participantes pueden completar o corregir la información. Es importante aportar datos adicionales en todo momento.

<sup>27</sup> Sáyago, L. Op. cit.: 139-140.





### *Resultados esperados*

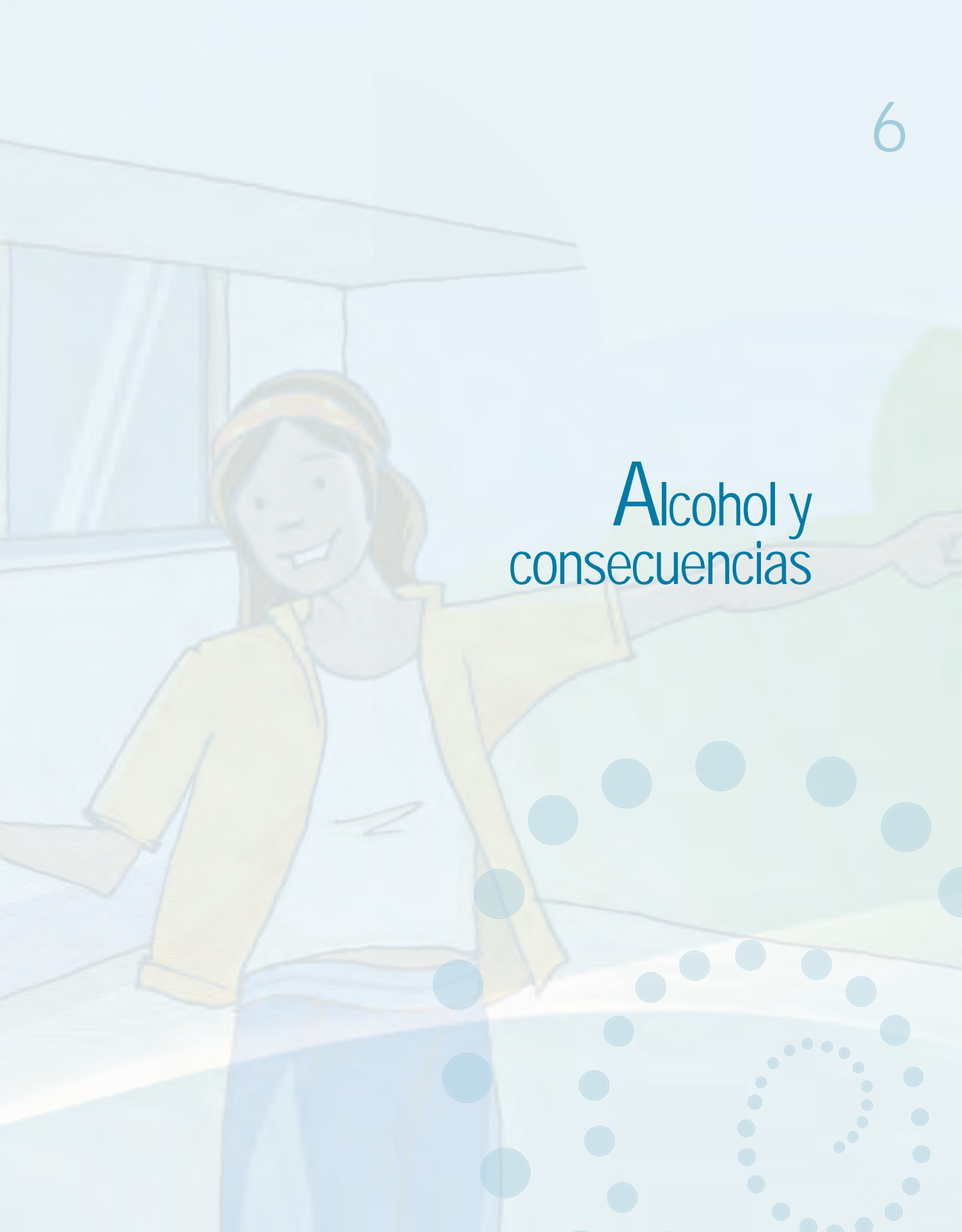
- Los participantes comprenden la importancia de beber responsablemente, identificando los factores que benefician su desarrollo.
- Los participantes reconocen lo perjudicial del consumo de alcohol para su salud y bienestar social, mental y emocional.

### *Materiales*

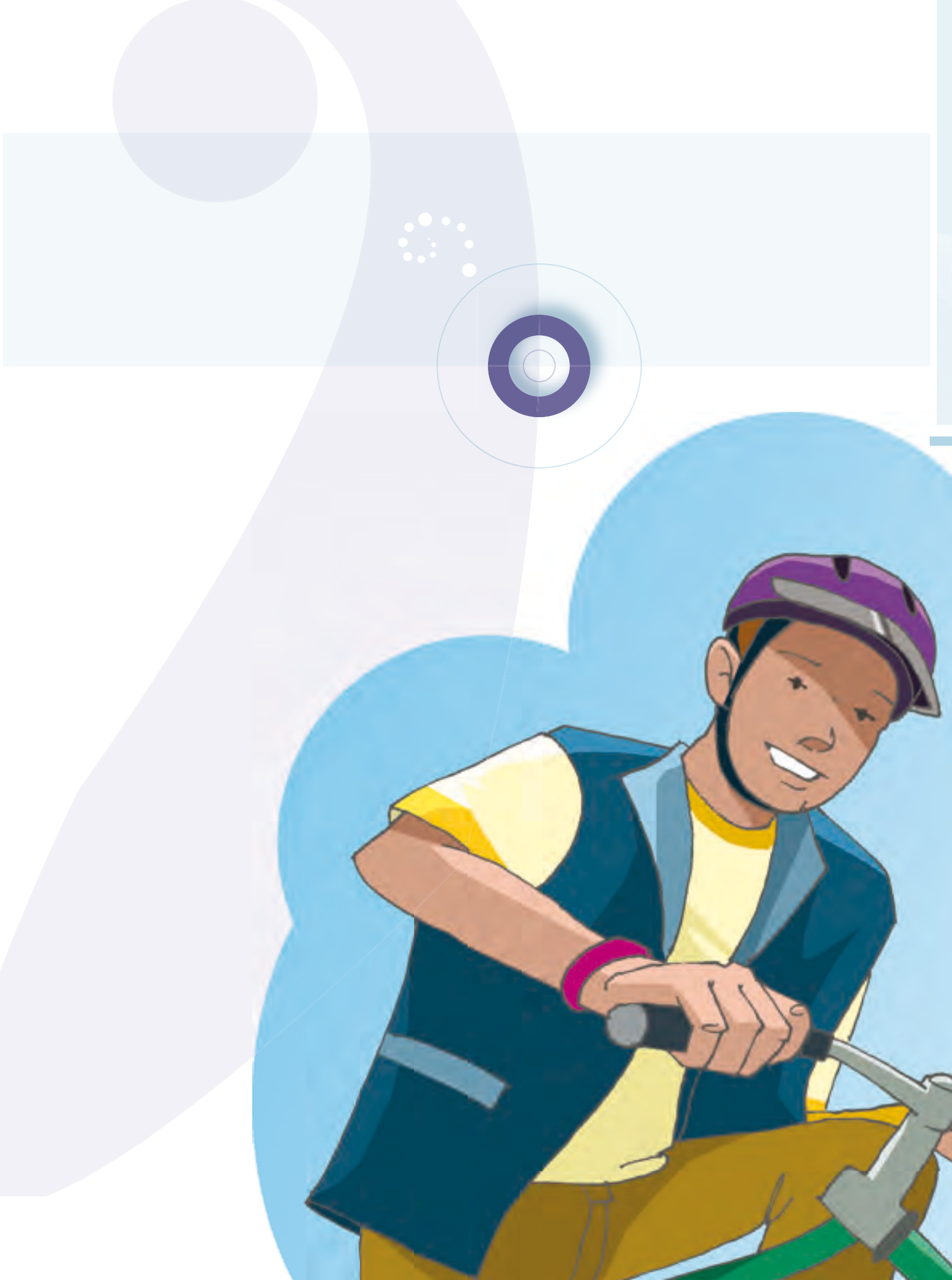
- Recortes de periódicos o revistas
- Tijeras
- Colbón
- Hojas de papel



# Alcohol y consecuencias







## 6.1 Alcohol y comportamiento<sup>28</sup>

Entre los adolescentes, el ingerir alcohol afecta el control de impulsos, al igual que la capacidad para manejar sus movimientos motores (al caminar o al tratar de manejar), debido a los cambios bioquímicos en el metabolismo cerebral y en el sistema nervioso que asociados a la ingesta de alcohol, alteran directamente la capacidad de relacionarse adecuadamente en los contextos sociales, al igual que el cumplimiento de las normas de manera óptima y lo colocan en situaciones de vulnerabilidad al no percibir situaciones de peligro como riesgosas para sí mismo o para otros.

81

<sup>28</sup> Alcorta, A. 2008. El alcohol y sus efectos: la mente y la conducta, Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario - UANL. Consultado en <http://www.conocimientoenlinea.com>.

El alcohol y el comportamiento mantienen una relación significativa para el individuo, lo que genera cambios considerables en la capacidad de pensar, de juicio y de razonamiento, los cuales se ven reflejados en la toma de decisiones, la confrontación de situaciones críticas cotidianas y la calidad de reflexiones frente a conflictos interpersonales.

### **Efectos nocivos cada vez mayores**

La desinhibición secundaria al alcohol ingerido expone a las personas usuadoras de alcohol a todo tipo de actuaciones, entre estas a tener relaciones sexuales sin mayor medida de riesgos, realizar conductas de riesgo sin prever las consecuencias, el incumplimiento de normas sociales. Esta situación influye directamente en la conducta aprendida para el autocuidado, la censura impuesta por la educación y la autorregulación ante la ingesta abusiva, situaciones que colocan a la persona usuadora de alcohol en un alto nivel de riesgo tanto para sí misma como para quienes lo rodean.

### **Alcohol y violencia**

Un estudio del año 2001 ha documentado que quienes iniciaron su ingesta de alcohol antes de los 17 años tienen de tres a cuatro veces mayor tendencia a caer en conductas violentas y se

involucran en peleas callejeras y rencillas en su entorno familiar y social.

El consumo de alcohol entre los adolescentes se convierte en un riesgo para llegar al abuso de este por diferentes factores: la inmadurez del sistema nervioso central, la dificultad para tomar decisiones, el bajo desarrollo del metabolismo necesario para controlar las emociones y la dificultad de asumir habilidades sociales que refuerzan conductas de autocontrol y ayudan a manejar el estrés y el coraje.

La capacidad de asociar la conducta con el efecto que esta tiene en los demás se pierde al aumentar la ingesta de alcohol, al generar con esto una limitación en la capacidad de autocrítica, juicio y respeto a los demás, lo que propicia el desarrollo de conductas sociales inadecuadas, enmarcadas en la imposibilidad de contener sus impulsos y postergar gratificaciones al integrar las normas morales. Esto limita su capacidad de empatía para la convivencia saludable con sus redes sociales circundantes.

Entre los jóvenes y adolescentes, el alcohol ingerido en pequeñas cantidades "puede perturbar la razón y el juicio, dar una falsa sensación de seguridad, retardar los reflejos, dificultar el habla y el control muscular, provocar la pérdida del equilibrio, disminuir la agudeza visual y auditiva, relajar y disminuir la ansiedad,

dificultar la capacidad de reacción, desinhibir, provocar falsa sensación de euforia y locuacidad<sup>29</sup>, entre otros síntomas.

El siguiente cuadro determina los niveles de alcohol contenidos en la sangre y los efectos que estos conllevan sobre el organismo y la conducta<sup>30</sup>:

Tabla No. 4

**Niveles de alcohol contenidos en la sangre y los efectos que estos conllevan sobre el organismo y la conducta**

| Gramos de alcohol por litro de sangre | Estado mental                              | Conducta                                      | Movimientos y percepciones  |
|---------------------------------------|--|---|---|
| 0 - 0,5                               | Leve alegría                               | Apropiada                                     | Leve lentitud y/o torpeza   |
| 0,5 - 1                               | Alegría, menor juicio, menor concentración | Desinhibición social                          | Lentitud, torpeza, disminución del campo visual                       |
| 1 - 1,5                               | Emociones inestables, confusión            | Descontrol (mal genio), agresividad           | Dificultades en la dicción (habla) y en los movimientos, visión doble |
| 1,5 - 2                               | Incoherencia, tristeza, rabia              | Mayor descontrol, mareo / vómitos             | Dificultad para hablar y caminar                                      |
| 2 - 3                                 | Escasa conciencia                          | Apatía e inercia. Incontinencia de esfínteres | Incapacidad de hablar y caminar                                       |
| 3 - 4                                 | Coma (inconsciencia)                       | Ausente                                       | Ausencia de reflejos y sensibilidad                                   |

29 Efectos y consecuencias del consumo de alcohol. Consultado en <http://www.floggerss.com.ar/estetica-y-salud/8578-efectos-y-consecuencias-del-consumo-de-alcohol.html>.

30 Efectos y consecuencias del consumo de alcohol. Consultado en <http://www.floggerss.com.ar/estetica-y-salud/8578-efectos-y-consecuencias-del-consumo-de-alcohol.html>.

Algunos de los factores que influyen en estos cambios son:

- *Características personales:* El tipo de personalidad, los antecedentes familiares, la edad, estado físico, entre otros, influyen en la manera en que el alcohol afecta la conducta de una persona cuando consume alcohol
- *Circunstancias y situación temporal:* La velocidad a la que se ingiere alcohol, el lugar donde se bebe, con quién se bebe y la ocasión en que se hace, inciden en la conducta del bebedor.
- *Estado de ánimo:* Las expectativas, los motivos y las emociones que se tienen para beber influyen en el comportamiento de la persona que ingiere alcohol.

El consumo continuado de alcohol genera en los adolescentes:

*En el plano personal:* Deterioro en la calidad de vida afectivo-emocional con consecuencias negativas en las relaciones interpersonales. Pérdida de vínculos afectivos significativos, relación conflictiva y distante con familiares y amigos no consumidores de alcohol.

## Trastornos mentales y del comportamiento inducidos por el alcohol<sup>31</sup>

Los trastornos mentales relacionados con el alcohol<sup>32</sup> pueden ser de dos tipos, según la clasificación realizada en los manuales diagnósticos CIE-10 o DSM-IV-TR:

- **Inducidos por la ingesta de alcohol**
- **Trastornos mentales** que sin estar inducidos por el alcohol **se presentan de forma simultánea** con relativa frecuencia

*Trastornos psicóticos:* En este ítem se incluyen el delirium, la alucinosis alcohólica y el trastorno delirante inducido por el alcohol.

La *alucinosis alcohólica:* Este cuadro puede tener un inicio agudo o subagudo, generalmente asociado a periodos de reducción del consumo de alcohol. Suele aparecer en personas, sobre todo varones, con dilatada historia de abuso o dependencia alcohólica.

El *trastorno delirante inducido por el alcohol* es un trastorno que acontece inmediatamente después de dicho consumo. Se caracteriza por la presencia de alucinaciones principalmente auditivas,

estados emocionales anormales y trastornos psicomotores (excitación o estupor), falsos reconocimientos, ideas delirantes de tipo persecutorio o celotípico, entre otros.

*Síndrome amnésico:* Se trata de un síndrome (conjunto de síntomas) en el que desde el punto de vista cognitivo, tan solo se ve afectada la memoria. Se caracteriza por una pérdida transitoria de esta que habitualmente ocurre tras la intoxicación alcohólica.

*Trastornos del humor (afectivos:)* Dichos cuadros pueden ser graves y cursar con estado de ánimo caracterizado por tristeza, disforia, irritabilidad, desesperanza e ideación autolítica. El consumo excesivo y continuado de alcohol puede inducir sintomatología afectiva transitoria en personas sin antecedentes de depresión.

*Suicidio:* El consumo de alcohol (sobre todo de bebidas destiladas) parece asociarse con un incremento del riesgo de suicidio. Este constituye la tercera causa de muerte entre adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y 34 años, en las que se han incrementado más del doble las tasas de suicidio durante las últimas décadas.

*Trastornos de ansiedad:* Dicho cuadro se caracteriza por la existencia de estados de ansiedad paroxísticos parecidos a las

<sup>31</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

<sup>32</sup> En: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf7InformeAlcohol.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf7InformeAlcohol.pdf).

crisis de angustia, que se relacionan tanto con la ingesta como con la intoxicación. Los trastornos de ansiedad son frecuentes entre los consumidores crónicos de alcohol, a pesar de que este es una sustancia depresora del sistema nervioso central.

*Trastornos del sueño:* Aunque en ocasiones pueden persistir durante meses, lo más frecuente es que se resuelvan con la solución de la situación desencadenante. Pueden aparecer tanto en los períodos de intoxicación aguda como en períodos de abstinencia, por lo que en los casos de abuso de alcohol se amerita la interconsulta con médicos especialistas con el fin de ayudar a superar estas alteraciones de forma controlada y supervisada.

## 6.2 Alcohol y padres alcohólicos<sup>33</sup>

Las investigaciones sobre la dinámica familiar concluyen que todos los miembros de la familia sufren innumerables consecuencias por convivir con un padre o una madre alcohólica. Diferentes investigaciones encuentran que entre las consecuencias más frecuentes en los hijos de alcohólicos están los problemas emocionales (son personas

defensivas, desconfiadas, agresivas, con baja autoestima y tendencia a aislarse socialmente, desafiantes ante la autoridad) y dificultades como contener o regular los estados de ánimo, neurosis, ansiedad y depresión. Además, cuando se convierten en adultos, se les dificulta desarrollarse socialmente.

La dinámica familiar donde existe una pauta alcohólica en uno o varios de sus miembros se caracteriza por imprecisión de los límites entre sus miembros, riñas frecuentes como forma de confrontación de los conflictos interpersonales, pensamientos repetitivos e ilógicos del miembro alcohólico que genera ambigüedad entre los demás integrantes del sistema familiar, violencia intrafamiliar, conductas incestuosas explícitas e implícitas, inconsistencia en las normas, imprevisibilidad en las conductas del alcohólico, roles no claros, arbitrariedad en la asignación de responsabilidades o toma de decisiones.

El sistema familiar está dominado por la pauta alcohólica, situación que se convierte en el secreto familiar. Este es el principal eje rector alrededor del cual la familia se organiza, se adapta, manteniendo desde este comportamiento particular su estructura y la unidad familiar. La conducta del bebedor

<sup>33</sup> Mirtha Campillo. Hijos adultos de padres alcohólicos. Artículo publicado en la revista LiberAddictus. Consultado en [www.liberaddictus.org/NumAnt.php](http://www.liberaddictus.org/NumAnt.php).

puede alterar las tareas normales de la familia con respecto a las responsabilidades en el cuidado de los hijos, al igual que causar conflictos. La negación de que existe un problema empieza a operar para mantener la creencia de que el alcohólico está controlándolo.

Lo real en estas dinámicas familiares es que el alcohólico es el número uno de la familia, cambia las reglas y la forma como cada uno debe ajustarse y responder. Los sentimientos de los hijos y demás miembros del sistema son secundarios y generalmente regulados por las del usador de alcohol. Los hijos asumen las responsabilidades de la familia, aprendiendo cómo acoplarse a cambios repentinos. Existe una inconsistencia en la falta de roles claros de los padres. El patrón de conducta del bebedor afecta tanto el rol que cada padre tiene asignado como su estabilidad, al delegar al padre no bebedor regularmente el rol de padre y madre. Al alcohólico se le considera incapacitado y excluido de la función de la rutina de la familia, por lo que la familia convierte al alcohólico en otro niño al que hay que cuidar. Esta inconsistencia crea en los hijos confusión y, en la etapa adulta, dificultades de identificación por la falta de modelamiento apropiado.

## 6.3 Alcohol y adolescencia. Hallazgos<sup>34</sup>

En la adolescencia se producen cambios en los campos físico, intelectual, social, entre otros. Por lo general se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y finaliza hacia los 19 o 20 años. La adolescencia es el momento para aprender sobre el mundo y para encontrar lugar en él.

Este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias. A esta edad los adolescentes anhelan la excitación, sobre todo las actividades que pueden resultar peligrosas. Afortunadamente, la mayoría de los adolescentes buscan estas sensaciones en actividades que precisan de gran cantidad de energía, pero que conllevan un escaso riesgo físico real. Con respecto a la vivencia de situaciones novedosas, entre ellas el consumo de alcohol, la OMS encuentra que cada año crece el número de los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas en el mundo. Para los adolescentes el alcohol es como un quita penas que permitiría esquivar los límites que la realidad impone y acceder a un

34 Rodríguez, I. y Castillo, I. Alcoholismo y adolescencia. Tendencias actuales. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cuba.

Valderrama, J. y Manzanaro, M. 2000. Unidad de conductas adictivas. Área 16 y 18. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Alicante.





mundo que ofrecería mejores condiciones y sensaciones. Se puede constatar que la mayoría de los adolescentes no solo beben por placer, sino por otras múltiples razones que se podrían agrupar en dos procesos:

- **La búsqueda de efectos agradables.** Encontrarse a gusto, búsqueda de una mayor capacidad de relación, y
- **Elementos de presión social,** el bombardeo de la publicidad y la oferta.

Para cada uno de estos procesos existen una serie de factores que podríamos diferenciar en:

- *De tipo social:* La dificultad de asumir algunas realidades cotidianas y el enfrentamiento con un mundo que cada vez se les va haciendo más complejo.
- *De tipo familiar:* El consumo de alcohol en la familia es siempre referencia para los adolescentes y afecta sobre todo en el adelanto de la edad del consumo. Los hijos de padres alcohólicos tienen más probabilidades de empezar a tomar durante su adolescencia y a desarrollar desórdenes de ingesta de alcohol a más corta edad.
- *De tipo grupal:* Normalmente se bebe en grupo para divertirse y ser aceptado y, en alguna medida, para mantener una relación grupal.

- *De tipo individual:* Problemas de socialización y de dependencia afectiva, en los que el hecho de ingerir alcohol es una forma de percibirse como adulto e independiente.

Los adolescentes usualmente consumen alcohol de manera intermitentemente y sin apenas diferencia en los sexos. La ingesta de alcohol se presenta con mayor frecuencia los fines de semana, y las bebidas preferidas por los adolescentes son la cerveza, las bebidas destiladas y las mezclas. Con la ingesta se busca una rápida intoxicación y se ocupa casi la totalidad del tiempo libre en beber. Incluso el alcohol está presente en otro tipo de actividades susceptibles de ser en cierto modo alternativas al consumo. Aunado esto a la cada vez mayor accesibilidad de los adolescentes a las bebidas alcohólicas, no obstante las prohibiciones de su venta a menores.

Es importante considerar diferentes actitudes o pautas de actuación frente al problema, entre los que destacarían<sup>35</sup>:

- **Diseñar programas de educación** en los que se incida sobre los efectos positivos del no consumo. Esto haría que las medidas

<sup>35</sup> En: [www.saluddalia.com/saluddalia/web\\_saluddalia/vivir\\_sano/doc/alcohol\\_y\\_drogas/doc/alcohol\\_jovenes\\_html](http://www.saluddalia.com/saluddalia/web_saluddalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drogas/doc/alcohol_jovenes_html).

tuvieran una mejor acogida general y una mayor eficacia.

- **Orientar las actuaciones en el nivel educativo cuestionando y delimitando los efectos positivos del alcohol**, que es el conjunto de creencias más desarrollado. Además existen una serie de creencias erróneas respecto al alcohol (aumento de la potencia sexual, modo de combatir el frío o como utilidad terapéutica), transmitidas de generación en generación, que necesitan ser desmontadas.
- **Desarrollar programas de entrenamiento en habilidades sociales, para actuar principalmente en la preadolescencia, antes de que se instaure el consumo habitual de alcohol.** Para ello se debe formar a profesores del sistema educativo, educadores de calle, animadores sociales, entre otros.

## 6.4 Alcohol y consecuencias específicas por sistemas<sup>36</sup>

El alcohol es una sustancia que afecta todo el organismo, sin ser preciso su consumo crónico e intenso.

A continuación se presentan algunas de las consecuencias orgánicas derivadas del alcohol, según el sistema específico.

<sup>36</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

## Trastornos al sistema cardiovascular

*Hipertensión arterial.* Existe un incremento progresivo de las resistencias periféricas con el aumento del consumo de alcohol, sobre todo con consumos superiores a 100 ml. de alcohol día. El consumo abusivo de alcohol se suma al del tabaco como factor de riesgo cardiovascular.

*Alteraciones del ritmo cardiaco.* El abuso de alcohol puede provocar fibrilación ventricular y muerte súbita, por lo que es recomendable el estudio del consumo de drogas como el alcohol y la cocaína en aquellos casos de extrasistolia ventricular frecuente, una vez descartadas las alteraciones estructurales.

*Cardiopatía isquémica.* En la actualidad se desconoce la dimensión exacta de la reducción del riesgo y el nivel de consumo alcohólico en el que aparece la máxima reducción. El posible efecto beneficioso de la ingesta moderada de alcohol en relación con la patología cardiaca es muy popular, pero también muy discutido.

*Accidentes cerebrovasculares.* El consumo de más de 60 gramos de alcohol al día multiplica por dos el riesgo de ACVA (accidente cerebrovascular agudo) isquémico, y el consumo de alcohol cualquiera que sea la cantidad multiplica por 2-4 el riesgo de accidente hemorrágico.

## Trastornos del sistema digestivo

Las alteraciones del aparato digestivo son el motivo por el que el paciente alcohólico crónico contacta con el sistema sanitario, por lo que se enunciarán brevemente las más frecuentes:

*Esófago.* El abuso de alcohol favorece el reflujo gastroesofágico con aparición de esofagitis pépticas por disminución de la presión del esfínter esofágico inferior, y en el caso de hernia hiatal agrava los síntomas de esta; además, el cáncer de esófago también se encuentra en el abuso de alcohol.

*Estómago.* Gastritis alcohólica aguda o crónica, que se potencia con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, úlcera de estómago y cáncer de estómago.

*Páncreas.* La causa más frecuente de pancreatitis aguda junto con la colelitiasis es el alcohol, siendo el origen de esta la precipitación de las proteínas de las enzimas pancreáticas en los conductillos pancreáticos. Cursa con edema, necrosis y hemorragia pancreática. Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal intenso en cinturón, que precisa sedación potente y que puede complicarse con hipotensión, fiebre y *shock*.

*Hígado.* El hígado metaboliza aproximadamente el 90% del alcohol ingerido, por lo

que puede producir alteraciones múltiples. Existe una buena correlación entre la cantidad de alcohol ingerido, la duración del consumo y el desarrollo de las alteraciones hepáticas (hepatopatía).

*Intestino delgado.* Es frecuente observar mal absorción intestinal, que origina déficit de vitaminas, grasas, proteínas, así como episodios diarreicos que además contribuyen a aumentar la malnutrición de los pacientes alcohólicos.

## Trastornos del sistema osteomuscular

Son hallazgos habituales en alcohólicos crónicos la osteoporosis, alteraciones articulares, y miopatías. La ingesta de grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión puede seguirse de un cuadro clínico característico de destrucción muscular (rabdomiolisis) con riesgo de daño renal.

## Trastornos metabólicos

Además de las alteraciones de las proteínas, lípidos y vitaminas secundarias a la ingesta crónica de alcohol, se debe tener en consideración dos complicaciones que revisten gravedad, y, aunque no muy frecuentes, no son excepcionales.

*Cetoacidosis alcohólica.* La combinación de la abstinencia de alcohol y la falta de alimentación durante este periodo provoca un aumento de insulina y liberación de ácidos grasos libres que tiene como resultado cetoacidosis.

*Hipoglucemia alcohólica.* Una ingesta alcohólica importante puede provocar la aparición súbita de estupor y deterioro del estado de conciencia que generalmente se atribuye a la intoxicación alcohólica, pero que es debido a la oxidación del alcohol en el hígado que provoca el bloqueo de la vía normal de la glucogénesis, disminuyendo la producción de glucosa por el hígado, por lo que tras ayuno prolongado y la desnutrición provoca la hipoglucemia y acidosis.

## Trastornos endocrinos

El consumo crónico de alcohol provoca diversas alteraciones endocrinas, entre las que se encuentran:

- Hipogonadismo hipogonadotrópico, con atrofia testicular e infertilidad.
- Feminización por aumento de los estrógenos plasmáticos, que se traduce en la aparición de eritema en las palmas de las manos, arañas vasculares y aumento del tamaño de las mamas (ginecomastia).

- En las mujeres puede ocasionar amenorrea, aumento del riesgo de aborto espontáneo y esterilidad.

## Infecciones

Los alcohólicos crónicos tienen una alta prevalencia de infecciones debido a múltiples factores, tales como las alteraciones nutricionales, la hepatopatía, los episodios de alteración de la conciencia y otros de tipo ambiental y socioeconómico. Las infecciones más frecuentes son neumonías, tuberculosis, hepatitis virales por virus B o C, meningitis, infecciones cutáneas y peritonitis de origen bacteriano.

## Cáncer

El alcohol es un importante factor de riesgo para el cáncer de localización orofaríngea y esofágica, al ser el efecto del alcohol independiente del tipo de bebida alcohólica consumida.

## Trastornos del sistema neurológico

El alcohol puede afectar al sistema nervioso (SN) por acción directa del etanol o a través de sus metabolitos, por los estados de desnutrición que provoca o por los trastornos metabólicos debidos al daño de otros órganos.

Durante la edad adolescente, el cerebro es muy sensible a la inhibición aguda que el etanol ejerce sobre la plasticidad neuronal. Los efectos nocivos del alcohol sobre el SNC se dividen en dos grandes apartados en función del consumo agudo o crónico de este. La intoxicación aguda ya ha sido abordada previamente, así como las alteraciones derivadas de la abstinencia, por lo que en este apartado se desarrollarán las enfermedades nutricionales-carenciales y las de patogenia incierta que afectan al SN.

### Sistema nervioso central

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Radica en un trastorno de las funciones cognitivas superiores (memoria y orientación). Aparece cuando los síntomas del síndrome de Wernicke remiten, produciendo amnesia anterógrada y retrógrada que se asocia a fabulación. Los enfermos están desorientados en tiempo y espacio, pero la capacidad de alerta y de atención se conserva.

### Sistema nervioso periférico

- Beriberi. Enfermedad causada por déficit de tiamina. Se distingue un "beriberi seco", más frecuente en alcohólicos y que produce una polineuropatía sensitivo-motora axonal que cursa con pérdida de la sensibilidad cutánea de distribución en guante y calcetín

asociada a debilidad distal, y un "beriberi húmedo" que asocia una miocardiopatía congestiva y da lugar a una insuficiencia cardiaca congestiva.

- Ambliopía alcohol-tabaco. Enfermedad poco frecuente, descrita en varones de mediana edad, fumadores activos y con consumo elevado de alcohol, que desarrollan un déficit visual que no suele llegar a ceguera total y que progresa de forma insidiosa en el curso de días-semanas.

### Enfermedades de patogenia incierta

#### *Sistema nervioso central*

- Degeneración cerebelosa alcohólica. Se caracteriza por inestabilidad del tronco, incoordinación de las extremidades inferiores y temblor.
- Enfermedad de Marchiafava-Bignami. Es una degeneración del cuerpo calloso, encargado de la conexión interhemisférica. Cursa con alteración de la consciencia, crisis convulsivas y signos neurológicos multifocales. La evolución es lenta y conduce a la muerte en 3-6 años. El tratamiento consiste en abstinencia y reposición de nutrientes.
- Demencia alcohólica y atrofia cerebral. Se produce un deterioro progresivo de las funciones cognitivas superiores, tras años de consumo, sin una aparente causa nutricional.

Las alteraciones cognitivas y radiológicas mejoran con la supresión del alcohol.

- Epilepsia. El alcohol favorece las crisis epilépticas tanto durante la privación como en fase de consumo activo o después de más de un mes de abstinencia, lo que indica que intervienen mecanismos distintos de la propia abstinencia que no están del todo aclarados. Los individuos alcohólicos tienen mayor incidencia de crisis secundarias ya que como resultado de patologías frecuentes en estos pacientes (traumatismos craneoencefálicos, infecciones del SNC, etcétera) pueden desarrollar crisis epilépticas.
- Factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular. El etanol es un factor de riesgo vascular porque causa hipertensión en la ingestión aguda y crónica, así como daño vascular, miocardiopatía y fibrilación auricular.

### Alcohol y embarazo<sup>37</sup>

El alcohol atraviesa la barrera hematoencefálica y placentaria. Por ello cualquier cantidad de alcohol que ingiera la mujer embarazada supone un riesgo muy importante para el feto. Su consumo en el embarazo puede producir un conjunto de efectos en la salud del feto que se ha denominado síndrome alcohólico-fetal (SAF). Este síndrome está caracterizado

por retraso de crecimiento pre y posnatal, trastornos funcionales del sistema nervioso central y alteraciones craneofaciales, que pueden acompañarse de malformaciones en otros órganos y aparatos. Los factores que inciden en el desarrollo de este síndrome son la frecuencia y cantidad del consumo materno de alcohol durante la gestación, el momento del consumo, el estado nutricional y de salud de la madre.

## 6.5 Metodología de prevención 4

### Cómo decir NO<sup>38</sup>

#### Objetivo

Desarrollar en los participantes la capacidad de identificar la presión de grupo y reconocer las distintas situaciones en las que se presenta.

#### Pasos

1. Se conforman tres grupos a los que se les asigna al azar una de las situaciones descritas a continuación, para que posteriormente la dramaticen.
  - Una joven es invitada por tres amigos(as) y su novio para que se escape de clase diciéndole “lo bien que lo va a pasar”.

37 En: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf).

38 Sáyago, L. Op. cit.: 101.

- Un grupo de amigos(as) te invitan a consumir alcohol, contándote sobre las supuestas "bondades" del alcohol.
  - Dos amigos(as) te invitan a una fiesta, tus padres te niegan el permiso. Tus amigos(as) te incitan a mentir (Diles que vamos a estudiar para un examen, para que puedas ir...)
2. Luego de la dramatización se invita al grupo a identificar cuáles formas de decir "NO" fueron efectivas, así como que cada uno de ellos ensaye las maneras para resistir a la presión. Las respuestas deben ser escritas en el papelógrafo.
  3. La persona que dirija la actividad debe pedirles a los participantes que les relaten a sus padres sobre la actividad de la presión de grupo trabajada.
  4. Luego se les pide a los participantes que les hagan la siguiente entrevista a sus padres:
    - ¿Cómo te sentías cuando eras presionado por tus amigos(as) cuando tenías mi edad para hacer algo que sabías que estaba mal?
    - ¿Cuéntame qué hiciste?
    - Dime algunas maneras que conozcas para enfrentar la presión de un grupo.



- Dame un ejemplo de alguna ocasión en que te hayas sentido presionado por tus amigos(as) para hacer algo positivo.

### *Resultados esperados*

- Los participantes logran tomar decisiones apropiadas para el adecuado desarrollo de sus vidas, identificando aspectos positivos y negativos y escogiendo el bienestar.
- Los participantes identifican el significado de la presión de la sociedad (amigos y familias) en las decisiones que se puedan tomar. Logran defender ideales y sustentar ideas.

### *Materiales*

- Tablero
- Marcador borrable

## **6.6 Metodología de prevención 5**

### **Grupo temático<sup>39</sup>**

#### *Objetivo*

Brindar a los participantes información acerca de las consecuencias físicas, mentales, emocionales y sociales de consumir alcohol.

#### *Pasos*

1. Previo al grupo temático, debe haberse dado una charla interactiva o un cine foro sobre las consecuencias del consumir alcohol –

en un tiempo no mayor a 20 minutos– por parte del coordinador de la actividad.

2. Posterior a la charla o el cine foro, se abrirá un espacio de reflexión inicial a través de la lectura de un poema, de un fragmento reflexivo de un texto, de una canción con mensaje o una oración.
3. Motivación en relación con las consecuencias del consumo de alcohol en ámbitos individual, familiar, grupal, social, educativo, económico, político, etc.
4. Lluvia de ideas entre participantes sobre consecuencias del consumo de alcohol, especificando en este momento si han o no observado consecuencias concretas del consumo de alcohol en sí mismo, personas de la familia o amigos. Es necesario no llevar este tema a profundidad, ya que es el objetivo del siguiente punto. En este momento el objetivo del coordinador del grupo simplemente será el ambiente para el tema, y en el siguiente punto sí se profundizará sobre el tema en cuestión.
5. Tipo de situación para reflexionar: consecuencias vividas por los participantes o por personas significativas, frente a la ingesta de alcohol; es muy importante ser precisos en la identificación de consecuencias, las cuales pueden irse escribiendo en una cartelera dividida por los campos antes descritos: individual, familiar,

<sup>39</sup> De Salvador, G. 2006. Programas soporte en contexto socio familiar. Documento Fundación Prever.



grupal, social, educativo, económico, político, etc. Esta metodología ayuda a que los participantes, sean adolescentes, padres de familia o ambas poblaciones juntas, identifiquen simultáneamente las consecuencias de la ingesta de manera panorámica y así puedan comprender de manera sencilla la multidimensionalidad del consumo de alcohol.

6. Se subdivide el grupo en cuatro subgrupos; en cada uno, se elige por parte del grupo un responsable de la coordinación de la actividad y se prepara una dramatización sobre el tema asignado a su grupo. Con la dramatización, el grupo realizará una cartelera en la que se expongan los aspectos tratados.
7. Cada grupo desarrolla la dramatización de la situación de riesgo o conflictiva y expone la cartelera elaborada. Para cada grupo el tiempo no debe exceder los cinco minutos, para evitar que la actividad se torne en tediosa y aburrida.
8. Al finalizar cada grupo, se reconocen los logros de su trabajo por parte del coordinador de la actividad.
9. Se realizan al final conclusiones de todas las exposiciones con alternativas, por parte de los responsables de cada uno de los subgrupos que realizaron las dramatizaciones. Se le solicita a cada grupo

colocar la cartelera luego de finalizado el grupo, en un lugar visible donde se pueda tener como punto reflexivo para el siguiente grupo de encuentro.

10. Reflexión de cierre.

### Resultados esperados:

- Los participantes identifican y comprenden las consecuencias para la integridad física, mental, social y emocional que enfrentan las personas que consumen alcohol.
- Los participantes reconocen situaciones críticas derivadas del consumo de alcohol, las expresan y logran una reflexión significativa.

### Materiales

- Tablero
- Papel
- Marcadores
- Papelógrafo





A stylized illustration of a woman with brown hair tied back, wearing a yellow blazer over a white top. She is looking down at a table. On the table, there is a hand-drawn diagram with a central box and several lines extending from it. The background is light blue with a pattern of semi-transparent blue circles of various sizes. The overall style is clean and modern.

# El consumo de alcohol y variables conexas





### 7.1 Alcohol y dinámica familiar<sup>40</sup>

Por lo general la familia es la primera en percatarse de que el consumo de alcohol en un determinado miembro ha comenzado a ser excesivo, cuando comienza a ocasionar problemas en el funcionamiento de la dinámica familiar, como desacuerdos conyugales, malos tratos a los hijos y cónyuges, problemas en la economía familiar, descuido de los hijos y problemas de comportamiento en adolescentes –fugas de casa, ausentismo escolar, vinculación con grupos con conducta delictiva inicial, delincuencia juvenil, entre

101

<sup>40</sup> Camejo Lluch, Reynerio. Op. cit.: 7. Y Daniel Iloret Irlles, Alcoholismo: una visión familiar. Becario de investigación del Instituto de Investigación de Drogodependencias.

otros—. La dinámica familiar y el consumo de alcohol se relacionan con el aumento de problemas emocionales y comportamentales.

### El papel de la pareja afectiva en el consumo de alcohol

La estrecha relación establecida entre la pareja afectiva y la persona con problemas por la ingesta de alcohol genera un síndrome codependencial, caracterizado por un alto grado de permisividad ante el incumplimiento de compromisos de la persona alcohólica, con la presencia de conductas de negación sobre las dificultades que genera la persona dentro del sistema familiar, donde se busca excusar los comportamientos del alcohólico y encubrir frente a los otros miembros de la familia las fallas repetitivas. Esto genera alianzas con la pareja dependiente del alcohol para mantener secretos, e igualmente una actitud pasiva frente al consumo de alcohol de su compañero(a), con lo que comienza de una manera más encubierta a intentarse controlar el consumo de alcohol del otro.

El papel de la pareja afectiva puede ser fundamental tanto en el mantenimiento de este problema como en el proceso de rehabilitación. Por eso se hace imprescindible la intervención, o al menos la colaboración, de la pareja afectiva en el tratamiento de un alcohólico.

## 7.2 Alcohol y presión de grupos<sup>41</sup>

La presión de grupo para el uso del alcohol está determinada por múltiples factores ya abordados a lo largo del presente manual, en el que se ha logrado establecer la gran influencia de estos factores externos e

<sup>41</sup> Diseño del cuestionario de resistencia a la presión de grupo en el consumo de alcohol (CRPG). Constanza Londoño Pérez; Sandra Carolina Valencia Lara; Laura Sánchez y Viviana León. Universidad Católica de Colombia.



internos en la conducta de ingesta de alcohol por adolescentes. Resulta de especial interés la profundización sobre la interacción con grupos de riesgo para la ingesta de alcohol, en los que el joven comienza a beber motivado por la conducta de otros, en busca de un reforzamiento positivo directo, derivado de los efectos placenteros del consumo y del refuerzo social obtenido en la interacción con los pares.

Durante la adolescencia se ha evidenciado a través de diferentes investigaciones que la aprobación que el grupo de pares o iguales hace de las conductas del y la joven se convierte en un factor determinante para el incremento de determinados comportamientos, entre estos el consumo de alcohol. Esto puede explicarse porque durante la adolescencia, el joven se encuentra en el proceso de individualización





y desarrollo de la identidad para alcanzar el nivel de autonomía esperado, por lo que es más susceptible de ser influenciado por sus amigos o pareja y de adquirir algunos comportamientos de riesgo para ser reconocido, aceptado y valorado por su grupo de iguales.

El adolescente se ve enfrentado entonces a dos formas de presión para que consuma alcohol. La primera es directa y la segunda, indirecta. La presión de grupo directa corresponde a la expresión abierta de conductas de incitación al consumo que pueden estar representadas en burlas, peticiones y ofrecimiento de la bebida. La presión de grupo indirecta corresponde al conjunto de normas y acciones del grupo que de manera implícita le imponen el consumo de bebidas alcohólicas. Entre las normas evidenciadas se encuentran las de excluir al no consumidor de actividades programadas o de sobreestimar a quienes consumen grandes cantidades de alcohol.

Es necesario afirmar que el adolescente no es un agente pasivo que se limita a consumir ante la presión del grupo, ya que realiza un balance de argumentos a favor y en contra del consumo que forma parte de un proceso activo de toma de decisiones. Este se asocia a las contingencias a las que

está expuesto el individuo en el momento de llevar a cabo la evaluación, es decir que este proceso es contextual, en el sentido de que posiblemente el individuo maneja tanto la información proporcionada por el medio social (incluidos los pares) como sus creencias de un modo diferencial relacionado con las condiciones del entorno, sus motivaciones y las consecuencias personales y sociales que tenga de su conducta.

El efecto de la presión de grupo<sup>42</sup> puede ser el aumento de la sensación de rechazo y la búsqueda de aprobación, la renuencia al contacto social o la resistencia asertiva frente a este en la que el joven conserva su estatus y no permite que el grupo lo relegue, efecto que depende de qué tan presionado se sienta el joven ante cada situación, es decir, el nivel de presión percibida.

### **7.3 Alcohol y dinámica social. Patrones culturales<sup>43</sup>**

En el complejo proceso de vivir, el ser humano busca y desea experimentar satisfacción en las disímiles y complejas relaciones que establece dentro y fuera

42 En: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO121-43812007000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO121-43812007000200006&lng=pt&nrm=iso).

43 Ramírez, L. 2002. Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social. Consultado en <http://www.monografias.com/trabajos16/alcoholismo/alcoholismo.shtml>.

de sí. En esto, es totalmente diferente la valoración que cada uno hace de lo que necesita para experimentar satisfacción en la vida, por lo que resulta indispensable para este proceso el reconocimiento de los procesos fundamentales de la socialización que subyacen en toda esta dinámica humana.

### **El alcoholismo como un problema social: perspectiva sociológica**

La Sociología, desde posiciones sistematizadoras e integradoras, puede analizar una serie de factores que convierten la problemática del abuso de alcohol en un peligro para la comunidad y las familias en ella inmersas. Para esto se parte de los conceptos socialmente construidos, entre ellos el de la salud y enfermedad, en los que la cultura tipifica lo que es normal o saludable y lo que es patológico o enfermizo, o sea que según su cultura, el individuo, tendrá una visión propia de la enfermedad, la salud, y como tal se comporta.

En este sentido se podría ver el consumo de alcohol como algo normal, mientras que el alcoholismo podría considerarse un estado de “enfermedad”, donde la evasión de situaciones conflictivas a través de la ingesta de alcohol sería vista como enfermiza o no normal. Esto genera la visualización del

individuo alcohólico como alguien que busca en los efectos de esta sustancia psicoactiva la solución a sus problemas, logrando así desvincularse con la realidad a través de la evasión, lo que con el tiempo podría resultarle desfavorable.

El alcoholismo puede analizarse desde los dos tipos de funciones:

- Por un lado es **aceptado como elemento motivador** en reuniones de amigos, familias y hasta de trabajo o estudio, lo que tiene que ver con patrones, costumbres y tradiciones.
- Por otro lado se observa como una conducta social repetitiva ante las **insuficientes opciones recreativas en los ámbitos comunitario, escolar o laboral que son remplazadas por el consumo del alcohol.**

Para los **grupos sociales la ingesta del alcohol** cumple una función primaria en la sociedad: **reducir la ansiedad**; unas veces de **forma manifiesta**, como en el caso de las **sociedades primitivas**, y **otras de modo latente**. Solo cuando el individuo cae en un estado dependiente se reconoce este como la función latente, ya que no está ligado a eventos sociales de encuentro, sino que impera el deseo individual, el consumo a solas y el ceñir la cotidianidad a la adquisición del alcohol. En

este caso la sociedad lo rechaza y margina al presentar una conducta desviada. Así el alcohol cumple su papel de ansiolítico social en un doble sentido: de solucionador de las tensiones generadas por la ansiedad y como un mecanismo tolerado en el medio

donde actúa al ser visto como un agente socializador. Se podría analizar entonces que el consumo de alcohol es querido por la sociedad, que acepta de ese modo la evasión de los problemas y sanciona como mecanismo alternativo el abuso de este.



## 7.4 Alcohol y representaciones sociales<sup>44</sup>

Las representaciones sociales son propias de cada grupo social específico,

<sup>44</sup> Camejo Lluch, Reynerio. Op. cit.: 7.

dependiendo de dinámicas relacionadas con las experiencias de socialización, respeto por lo establecido y mantenimiento de patrones comportamentales considerados adecuados. Uno de los problemas más difíciles para una persona con problemas de ingesta de alcohol es tener que interactuar con quienes beben de manera controlada. Al interactuar en ese contexto, la persona con problemas de autocontrol frente al alcohol experimenta el aislamiento por la no autorregulación, lo que le genera ansiedad por el riesgo que implica interactuar con un medio que puede llegar a afectar su autoestima, al punto de convertirse esta situación de encrucijada en una variable gatillo para el deseo fuerte para beber.

Con frecuencia la persona en proceso de rehabilitación, sea individual o con apoyo profesional, se encuentra con que los amigos cercanos y aun los compañeros íntimos pueden tener dificultad en intercambiar sus respuestas frente esta nueva relación sobria. Igualmente las parejas afectivas pueden haber construido sus propias imágenes como compañeros de vida a través de la vivencia cotidiana de comportamientos difíciles, en las que encuentran el significado de sus vidas solo en función al conflicto y la angustia generados por tener un alcohólico activo como pareja afectiva.



Una pareja en recuperación que ve amenazada la relación afectiva llevada hasta el momento, situación de habituación psicológica, puede enfrentarse a una abstinencia con posibilidades de convertirse en un factor generador de estrés y de conflicto. La mejor alternativa en estas situaciones de entrapamiento es invitar a los amigos y miembros de familia cercanos a que asistan a procesos de apoyo como el Al-Anon, en el que se trabaja de forma directa y específica con las redes afectivas de las personas alcohólicas en proceso de recuperación.

Este trabajo con los vínculos afectivos significativos ayuda lentamente a la persona en tratamiento a cambiar la representación social que se tiene de él o ella, lo que lo acerca con el tiempo a su propio reconocimiento desde la sobriedad, el autocontrol y la autorregulación diaria.

Los patrones de consumo de alcohol han cambiando en nuestra sociedad en las últimas décadas; se ha pasado del uso doméstico a concentrarse en el consumo de alcohol el fin de semana, de forma intensiva y centrado en cervezas y combinados. En esta tendencia confluyen factores como la disminución de la edad de inicio en el consumo de alcohol y los episodios de embriaguez recurrentes entre los menores y adolescentes.

La representación social del alcohol como una sustancia lícita y socialmente aceptada facilita que los adolescentes encuentren una tolerancia hacia el consumo y el abuso, así como una amplia disponibilidad de bebidas alcohólicas, con el agravante de que la conciencia del problema se aminora en comparación con el consumo de las sustancias ilegales.

Afortunadamente, la representación social del alcohol como legal y socialmente permitido ha ido cambiando dentro del contexto de consumo de SPA. En los momentos en que los adolescentes abusan del alcohol, tienen problemas legales, académicos, familiares, etc. Situaciones que se han logrado asociar en la problemática del alcohol como un factor relevante que afecta el desarrollo comunitario.

## 7.5 Alcohol e inicio de otras sustancias<sup>45</sup>

El uso del alcohol se observa como una sustancia psicoactiva que induce socialmente al consumo de otras S.P.A. o que se usa como un complemento en el consumo de diferentes drogas. Por lo que se hace necesario, analizar las relaciones alcohol otras drogas de manera específica a saber:

<sup>45</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

*Alcohol y opioides.* La administración conjunta de alcohol y un opioide produce un aumento de los efectos sedantes de ambas sustancias y la afectación del rendimiento psicomotor. Puede aumentar la depresión respiratoria generada por la ingesta de opioides. Los dos derivados más utilizados son la heroína y la morfina.

*Alcohol y marihuana.* La administración de alcohol y cannabis (hachís, marihuana) también produce una mayor sedación y empeoramiento del rendimiento psicomotor con mayor riesgo de accidentes. Aunque en diferentes investigaciones se encuentra que la mezcla de estas dos sustancias genera náuseas en el consumidor.

*Alcohol y otros sedantes.* La combinación con benzodiazepinas aumenta los efectos sedantes de ambas sustancias y el deterioro del rendimiento psicomotor. Se incrementa la gravedad de la intoxicación por benzodiazepinas. La combinación de alcohol con gammahidroxibutirato (GHB) empeora la sedación y la gravedad de la intoxicación.

*Alcohol y cocaína*<sup>46</sup>. La administración de cocaína durante la intoxicación alcohólica produce una falsa sensación de sobriedad

y de mejoría del rendimiento psicomotor temporal. Esta falsa sensación de seguridad en los consumidores de esta mezcla, quienes creen que están mucho menos borrachos, puede llevar a conductas de riesgo asociadas al consumo de mayor cantidad de cocaína para lograr efectos más rápidos. Además, la combinación aumenta los efectos euforizantes y cardiovasculares (presión arterial, frecuencia cardíaca, gasto cardíaco) de la cocaína. En consecuencia, esta combinación tiene un mayor potencial de abuso y un incremento del riesgo de patología cardiovascular. Además, produce mayor agresividad y conductas violentas.

## 7.6 Alcohol y etapas de la ingesta<sup>47</sup>

Para la OMS el alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por ingestas repetidas de alcohol, con características de consumo excesivo que afectan tanto las normas sociales como la salud y la productividad laboral o académica del bebedor.

Dentro de la clasificación del bebedor de alcohol están:

- **El abstinente total**, que nunca bebe.

<sup>46</sup> [www.correofarmaceutico.com/documentos/201108/informecocaina.pdf](http://www.correofarmaceutico.com/documentos/201108/informecocaina.pdf)

<sup>47</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

- **El bebedor excepcional**, que bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 o 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).
- **El bebedor social**, quien bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este).
- **El bebedor moderado**, que consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que  $\frac{1}{4}$  de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.
- **El bebedor abusivo sin dependencia**, que sobrepasa la cantidad anterior al ingerir más del 20% de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema)
- **El bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones**, en quien se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo.
- **El dependiente alcohólico complicado**, que además de lo anterior presenta

complicaciones psíquicas como el *delirium tremens*, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o también complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

- **Y dependiente alcohólico complicado en fase final**, en quien es notable el deterioro físico y psíquico, así como su comportamiento social. En él se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos.

La línea que separa la normalidad de la enfermedad<sup>48</sup> se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, donde es importante tener presente:

- La cantidad de alcohol ingerido
- La dinámica que acompaña la ingesta: no control de esta, consumo rápido, búsqueda intencional de la embriaguez
- Frecuencia de la ingestión y concentración de alcohol de las bebidas utilizadas
- Consecuencias para la salud orgánica (deficiencias nutricionales acompañantes del proceso de ingesta, que ocasiona la desnutrición energética proteica grave)
- Aumento en la frecuencia de conflictos con redes afectivas, autoridades, etc., asociados a la ingesta de alcohol

48 Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

- Decremento en el rendimiento académico y laboral
- Descuido paulatino de sus vínculos afectivos con familia, pareja, amigos no bebedores

### Clasificación de los consumos: de riesgo, perjudicial, abuso, dependencia y “binge drinking”<sup>49</sup>

#### *Criterios epidemiológicos:*

Para determinar el consumo de riesgo, se define como aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. El grado de riesgo estará relacionado con el nivel de consumo de alcohol, como también por factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, pobreza, etc.

Se considerará bebedor de riesgo aquella persona que:

- Consume gran cantidad de alcohol en poco tiempo, es decir, 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión o en un periodo corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes.

- Esta conducta, conocida en la literatura médica como “atracción” (binge drinking), es típica del usador problemático de alcohol es de alto riesgo y es la que siguen actualmente una parte de los adolescentes

#### *Criterios clínicos*<sup>50</sup>

La clasificación desde el punto de vista clínico depende de las manifestaciones que la ingesta del alcohol ocasiona en el individuo, manejándose criterios para:

**Bebedor no problemático**, que cumple los diez criterios que a continuación se detallan: Ser **mayor de 18 años**. Si es mujer, no estar embarazada ni en periodo de lactancia. **Estado nutricional adecuado. Bebidas ingeridas aprobadas por las autoridades sanitarias. No presentar embriaguez atípica. Consumo de alcohol sin consecuencias negativas para uno mismo ni para otros. No presentar problemas familiares o laborales debidos al consumo. No depender del alcohol para sentirse más alegre o para poderse comunicar más fácilmente. No presentar patologías que se agraven o descompensen con el alcohol. No embriagarse.**

**Consumo problemático**, cuando el bebedor ha padecido o padece algún

<sup>49</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

<sup>50</sup> En: [www.msc.es/campanas/campanas07/alcoholmenores5.htm](http://www.msc.es/campanas/campanas07/alcoholmenores5.htm).



problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales relacionadas directamente con la conducta de beber alcohol.

**Consumo perjudicial**, realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia de este.

### Trastornos por abuso y dependencia del alcohol

Los trastornos originados por el consumo del alcohol pueden incluirse en la definición más global de alcoholismo. En adolescentes se encuentran situaciones de abuso de alcohol, aunque no es frecuente encontrar entre ellos a quienes cumplan los criterios de dependencia, ya que se precisa de un tiempo de evolución hasta que se instaure esta.

- **Abuso o consumo perjudicial:** El abuso o consumo perjudicial del alcohol indica que el consumo de alcohol está causando un daño para la salud, tanto mental como física, ya sea porque el sujeto abandona sus obligaciones personales, o bien porque consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales, o porque continúa consumiendo a pesar de las consecuencias negativas que le está ocasionando.
- **Dependencia del alcohol:** Es un conjunto de síntomas y comportamientos que indican que el alcohol tiene un papel central en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y que se ha producido una neuroadaptación.

Las principales características clínicas de la dependencia del alcohol son:

- Deseo insaciable
- Pérdida de control
- Dependencia física
- Síndrome de abstinencia y tolerancia

### Efectos agudos del alcohol. Intoxicación alcohólica<sup>51</sup>

El consumo agudo de alcohol produce una gran variedad de efectos. En las fases iniciales de la intoxicación aguda genera

51 En: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>.



un efecto estimulante, con la aparición de un menor autocontrol, mayor fluidez verbal, sensación de bienestar, risa fácil y desinhibición.

Los criterios para el diagnóstico de intoxicación por alcohol (DSM IV-TR)<sup>52</sup> son:

- a. **Ingestión reciente** de alcohol.
- b. **Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos** clínicamente significativos (**sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social**) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- c. **Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: lenguaje soez, incoordinación motora, marcha inestable, deterioro de la atención o de la memoria, estupor o coma**
- d. **Los síntomas no se deben a enfermedad médica** ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

<sup>52</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

## 7.7 Metodología de prevención 6

### Actividad para el reconocimiento de situaciones significativas: geografía visible e invisible<sup>53</sup>

#### Objetivo

Reconocer y poner en común experiencias importantes que han dejado huella en la vida de los y las adolescentes e identificar, a través del significado de sus experiencias, la forma como se perciben a sí mismos. Esta actividad deberá motivar reflexiones sobre la multidimensionalidad de contextos y episodios que son importantes en la versión de sí mismos.

#### Pasos

1. El facilitador dará inicio a la actividad basándose en la siguiente idea: nuestro cuerpo es un mapa con huellas, señales, signos y símbolos de nuestra geografía vital; para ellos debemos crear unos límites (silueta) e indicar ciertas llanuras, montañas, valles y fallas geológicas, que vistas desde una perspectiva psicosocial, son huellas ubicadas en nuestro croquis individual.

<sup>53</sup> Módulos para el acompañamiento psicosocial con niñas, niños y adolescentes desvinculados del conflicto armado. 2004. Módulo 1 Calidoscopio. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Corporación Vínculos, United States Agency for International Development (Usaid), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Colombia: 36.

2. Cada uno de los participantes debe dibujar su silueta, para lo cual deberán ubicarse en parejas. Se coloca papel en el suelo y uno de ellos debe vendar sus ojos y acostarse sobre el papel. Su compañero delineará el contorno con los marcadores (15 minutos)
3. A continuación se reunirán los vendados, a quienes se les retirará la venda de los ojos. Cada uno deberá buscar su silueta (15 minutos).
4. Una vez encontradas las siluetas de cada participante, se procederá a realizar las siluetas con aquellos participantes que no fueron vendados, repitiendo la actividad (30 minutos).
5. Se solicita a cada uno de los participantes dibujar sobre la silueta las señales visibles del cuerpo con la respectiva fecha de aparición e indicar en esa experiencia gráfica cómo se sintieron: como niños, adolescentes o adultos (30 minutos).
6. Repita el paso anterior, pero esta vez indicando las señales visibles que hay en cada cuerpo, por ejemplo abrazos, frases, palabras, entre otros (30 minutos).
7. Terminada la silueta de cada participante, se sugiere un momento de reflexión a partir de la gráfica elaborada.
8. A partir de la silueta, los participantes compartirán su experiencia, apoyados en las preguntas que en adelante se sugieren.
  - ¿Cuál es la señal dibujada más distante en el tiempo? Y ¿cuál es la más cercana en el tiempo?



- Identifica las dos experiencias más importantes para tu vida. ¿Qué te enseñaron de ti mismo/a?
  - ¿Cuál es la emoción que crees se repite más en tu vida de acuerdo con esas experiencias?
  - ¿Cuál huella invisible ha cambiado tu cuerpo?
  - ¿Cuáles son los recursos y capacidades que descubriste en ti para afrontar esas experiencias?
9. Al finalizar la jornada se pedirá que de manera voluntaria los adolescentes compartan su silueta, y el facilitador formulará preguntas sobre la versión de sí mismo a partir de sus huellas visibles e invisibles. Se proponen las siguientes:
- ¿Qué te llamo la atención de tu silueta?
  - ¿Qué aprendieron de sí mismos en la construcción de sus siluetas?
  - ¿Qué cambios en tu geografía pueden ocurrir pensándote dentro de un año?

#### *Resultados esperados*

- Los participantes logran reconocer experiencias y situaciones significativas que construyen la visión de sí mismos.
- Los participantes logran identificar aprendizajes y dificultades frente a las experiencias que dejan huella en ellos y en ellas.

#### *Materiales*

- Pliegos de papel periódico
- Marcadores de colores

## 7.8 Metodología de prevención 7

### Grupo extenso<sup>54</sup>

#### *Objetivo*

**Reconocer y aceptar la existencia de un conflicto específico, así como determinar puntos comunes en la situación crítica según el tema para abordar**, en el que mediante el proceso reflexivo se logre determinar puntos de concordancia y divergencia que al emerger, ofrecen un acercamiento a la realidad vivida por los participantes del grupo respecto al consumo de alcohol por adolescentes.

115

#### **Procedimiento**

#### *Tiempo de duración*

hora y media máximo

#### *Responsable*

Coordinador grupal asignado con experiencia en manejo de grupos

#### *Material de apoyo*

Carteleros y marcadores

<sup>54</sup> De Salvador, G. Op. cit.

### *Metodología sugerida*

- Lectura de poema, canción, frase reflexiva o filosofía (poema breve terapéutico elaborado entre todos los miembros del grupo).
- Motivación: Todos somos parte de un sistema y al entrar en contacto con personas, tenemos diferentes situaciones placenteras y/o conflictivas. Sobre estas se va a trabajar en el grupo extenso, haciendo énfasis en las consecuencias del consumo de alcohol por adolescentes.
- Lluvia de ideas de los participantes sobre el consumo de alcohol por adolescentes.



Se motiva al grupo para que como mínimo, tres personas hablen sobre qué observan cuando ven a otros adolescentes consumir alcohol, conductas específicas observadas, sin analizar solo las negativas.

- Resumen del coordinador de grupo sobre puntos comunes que se develan en la lluvia de ideas de los miembros participantes.
- Se explica a los participantes, por parte del coordinador, que este momento grupal es importante para expresar situaciones críticas en relación con el tema del grupo, tendiendo presente para ello cuatro indicaciones:
  - No se va a juzgar a nadie
  - Solo se va a escuchar y compartir
  - Es un momento de análisis
  - El coordinador asigna la palabra
- Se abre espacio para la verbalización de las personas del grupo, hablando sobre aspectos positivos y negativos que han observado o vivido ante la ingesta de alcohol. Se debe estar atento a buscar los sentimientos que generan la situación crítica y llevarlos siempre al plano racional para evitar que el ambiente del grupo se torne tenso e inmanejable.
  - Con el grupo, se profundiza hasta lograr determinar cómo afecta

el consumo de alcohol la vida cotidiana. Para tal fin se realiza una dinámica en la que por medio de una escultura humana se escenifique un grupo de adolescentes tomando alcohol con la participación de todos. Es importante la participación de todos los asistentes del grupo y que cada uno quiera contribuya en la dinámica.

- Se procede a realizar las conclusiones, tratando de tomar lo positivo que dejó el consumo de alcohol para la vida de las personas que hablaron de sí mismas en el grupo extenso.
- Conclusiones del grupo. En un sitio visible se coloca una cartelera hecha para que sirva de herramienta reflexiva sobre las otras actividades realizadas con los y las adolescentes, así como con sus sistemas familiares de apoyo.
- Conclusiones generales. El coordinador del grupo hace una síntesis breve.
- Lectura de poema, canción, frase reflexiva o filosofía (poema breve terapéutico elaborado entre todos los miembros del grupo).

#### *Resultados esperados*

- Los participantes comprenden las variables conexas que tiene el consumo de alcohol.
- Los participantes identifican y expresan situaciones o experiencias significativas referentes a las variables conexas del

consumo, haciendo una resignificación de sentimientos vividos en estas experiencias.

### **Materiales**

- Tablero
- Papel
- Marcadores

## **7.9 Metodología de prevención 8**

### **Mis redes sociales**<sup>55</sup>

#### **Objetivo**

Comprender el mundo de las relaciones más cercanas y significativas de los adolescentes. Esta actividad ayudará a hacer visible su red social de relaciones y a visualizar los conflictos y fortalezas de algunas de estas. Al igual que ayuda a identificar personas con las cuales el joven y el adolescente pueden contar como apoyo en momentos críticos o como soporte en caso de necesitar ser derivado a un programa de ayuda para su problema de consumo de alcohol.

#### **Pasos**

1. Se entregará a los participantes un formato guía de red de relaciones que enmarca cuatro cuadrantes (familia, amigos de siempre, barrio y colegio) y un espacio central para la identificación del participante (Anexo 1).
2. Cada participante debe ubicarse con nombre y edad en el punto central del formato entregado.
3. A continuación el participante empezará por el cuadrante familia a identificar por cada uno de los puntos un miembro de su familia solo con el nombre, sin apellido ni edad.
4. Posteriormente el participante debe realizar con cada uno de los cuadrantes restantes, en el siguiente orden (amigos de siempre, barrio y colegio), el mismo procedimiento e identificar con nombre, sin apellido ni edad, una persona por cada uno de los puntos.
5. Luego de haber ubicado a las personas en los puntos de cada cuadrante, el participante debe identificar las relaciones que mantiene con cada uno de los y las identificadas por cada cuadrante. Para tal fin establece por cada persona el tipo de relación que actualmente tiene, mediante la simbología que se describe a continuación. Realizada esta convención, cada persona se ubicada según el cuadrante que la identifica. Este mecanismo se utiliza hasta incluir a todas las personas identificadas en todos los cuadrantes.
6. Las convenciones que se utilizarán son:
  - Conflicto
  - Unido
  - Amalgamado - relación muy estrecha

<sup>55</sup>De Salvador, G. y Olarte, Y. 2008. Construyendo mis relaciones. Colombia.

- Conflictivo unido
  - Conflictivo lejano
  - Distante
7. Terminado el gráfico de relaciones, cada participante debe observarlo. El propósito es que realice una visualización de todas aquellas personas con las cuales se relaciona actualmente y el tipo de relación que establece con cada una. Con el fin de determinar con cuál de ellas podría establecer una relación de apoyo, para ayudarse en los momentos de crisis personales, al igual que para reconocer quiénes de los identificados en su mapa relacional podrían apoyarlo en caso de asistir a un programa de ayuda por sus problemas con el alcohol.
8. En este momento el participante, reflexionando sobre su mapa relacional, determina tres compromisos para mejorar las relaciones afectivas que considere importantes, mediante tareas de acercamiento breves, concretas y concisas, las cuales serán verificadas en el siguiente encuentro grupal.

#### *Resultados esperados*

- El participante puede reconocer a las personas con las que mantiene relaciones significativas según el tipo de contexto o red social.

- El participante puede identificar el tipo de relación que construye con cada una de las personas seleccionadas para cada cuadrante, externalizando emociones positivas y negativas que estas relaciones ocasionen.
- El participante reflexiona acerca del tipo de relaciones que mantiene, determinando si son constructivas o conflictivas, si lo limitan o lo apoyan en su proceso.

#### *Materiales*

- Fotocopias del Formato Guía anexo para esta actividad
- Lápices

#### *Anexo apoyo*

Anexo 1: Formato Guía Red de Relaciones Sociales.

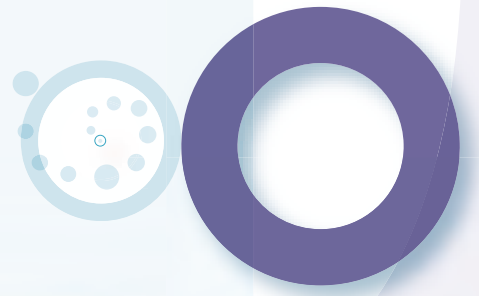






An illustration of a man and a woman smiling. The man is on the left, wearing a blue sweater, and the woman is on the right, wearing a purple top. The background is light blue with a pattern of blue circles of varying sizes. The text 'Prevención primaria del consumo de alcohol' is overlaid on the illustration.

# Prevención primaria del consumo de alcohol





Ante el aumento de la ingesta de alcohol por adolescentes, **la prevención primaria sería la respuesta necesaria de establecer para disminuir la prevalencia, retrasar la edad de inicio y reducir los daños asociados al consumo de alcohol en población joven y adolescente.** La dificultad está en la percepción cultural que se tiene sobre la ingesta de esta sustancia en nuestro país, donde no se perciben los riesgos asociados a su consumo, lo que genera el rechazo de parte de la población en general cuando se pretende el control del consumo de alcohol. **Se necesita asumir enfoques preventivos que generen en los adultos cuidadores**

123

<sup>56</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

**y padres de familia el deseo de apoyar medidas preventivas y el compromiso para asumir su rol como cuidadores de los adolescentes. Al igual que generar procesos reflexivos más autocríticos en la población joven que se inicia en la ingesta de alcohol.**

**Un segundo objetivo de la prevención primaria está orientado a grupos específicos en vulneración, en este caso adolescentes con experiencia de calle, adolescentes desescolarizados, adolescentes en conflicto con la ley, entre otros,** para los cuales los procesos preventivos primarios estarían más encauzados a brindar la satisfacciones de necesidades básicas e intermedias: vincularidad afectiva, contar con redes de apoyo adulta comprometidas, establecer una propuesta de escuela no formal que sea llamativa e incluyente, fortalecimiento de redes afectivas donde se incluyan amigos de barrio, "parche", pareja afectiva, entre otros. Con el fin de generarles al joven y al adolescente mayores interacciones sociales significativas, básicas para esta etapa de su desarrollo.

**Un tercer objetivo de la prevención en el caso del alcohol está orientado a retrasar la edad de inicio o primer contacto.**

Tanto por el daño que ocasiona su uso entre los adolescentes como por ser factor relacionado con la evolución del consumo hacia otras sustancias psicoactivas ilícitas, la edad de inicio es un factor pronóstico en el tratamiento del alcoholismo, necesario de tener presente al momento de idear una propuesta de prevención frente a alcohol.

**Trabajar unidos con un mismo objetivo: no consumo de alcohol por adolescentes, con alternativas preventivas innovadoras, llamativas y ante todo participativas**

El objetivo de las entidades públicas y privadas, al igual que de organizaciones comunitarias y sociales que trabajan de manera directa con adolescentes y adolescentes en PARD, debe estar orientado a crear tanto una conciencia pública y política de apoyo a los procesos preventivos para evitar el consumo de alcohol en edades tempranas, como a generar un mayor compromiso entre los diferentes actores involucrados en esta meta, con el fin de complementar estrategias, desde diferentes contextos para los adolescentes y con ellos. Dentro de estas propuestas es necesario tener presente:

- Información actualizada sobre las consecuencias del consumo de alcohol en edades tempranas.

- Trabajar de manera integrada sobre creencias culturales que favorecen el consumo abusivo de alcohol.
- Fortalecer normas sociales que estimulen el cuidado de los adolescentes frente al consumo problemático y abusivo del alcohol por cuidadores adultos y padres de familia, generando las redes de padres a nivel comunitario e institucional.
- Generar puntos de encuentro en la Red, a través de páginas web creadas para adultos cuidadores y padres de familia, así como puntos de encuentro interactivo entre adolescentes comprometidos con el no consumo de alcohol ni otras drogas. Se puede a bajo costo ir integrando personas, familias e instituciones en pos de un mismo objetivo: exigir el derecho a la salud y a la educación sobre los riesgos del alcohol en población menor de edad.
- Disminuir la accesibilidad y disponibilidad del alcohol. En este punto es muy importante hacer revisión de la normativa actual frente a alcoholes destilados de alto volumen alcohólico, vendidos a muy bajo costo y a los cuales acceden los adolescentes de manera directa.
- Fortalecer el desarrollo de habilidades y competencias personales y sociales como factores de protección en los adolescentes.
- Desarrollo de alternativas lúdico-recreativas que incidan realmente en los procesos de socialización sin alcohol.
- Generar propuestas desde los mismos adolescentes a escala comunitaria para la realización de programas vacacionales desde y para ellos mismos, con apoyo económico de alcaldías y gobernaciones, incentivando a las organizaciones juveniles a trabajar de manera directa sobre la no ingesta de alcohol en los tiempos libres, de ocio y en las temporadas de vacaciones.

## Ámbitos de la prevención

Los ámbitos de actuación de la prevención primaria están en los siguientes contextos: educativo, familiar, comunitario, laboral y normativo.

### *Contexto educativo*

- Desarrollar programas educativos orientados a la prevención específica de la ingesta de alcohol por adolescentes que permitan modificar la percepción de la normalidad del consumo y de actitudes de pro consumo. Esto está estipulado en la Ley 1098 de Infancia y Adolescencia.
- Incrementar la percepción de riesgo frente a la ingesta de alcohol. Buscar que en la semana cultural de los establecimientos educativos se instaure un día de esta para trabajar sobre el autocuidado personal. Esto

incluye consumo de alcohol, sexualidad. Interacción con grupos sociales de riesgo, conductas delictivas menores, etc.

- Generar procesos mayores de autorreflexión y autocrítica a través de los programas preventivos desde las diferentes áreas de formación, en relación con el consumo de alcohol y variables conexas: individuales, familiares, sociales, económicas, culturales, políticas, etc.
- Fomentar vínculos con la sociedad-familia-escuela. A través de la realización de encuentros específicos durante el año, en los que paralelamente se organice uno solo en varios niveles: entrega de calificaciones, programa preventivo lúdico de corta duración y actividades que integren a padres e hijos. Estos deben ser de corta duración, dinámicos y ante todo positivos, lo que llevaría a cambiar la representación social que los padres tienen de las reuniones escolares.
- Prevenir el fracaso escolar y la deserción temprana. En este punto de vital importancia, es indispensable que los establecimientos educativos incluyan en sus políticas la de mantener como sea posible a los adolescentes en riesgo dentro de la dinámica escolar con propuestas como: acompañamiento personalizado para el joven y su familia semanal con cumplimiento

de compromisos específicos, por parte de orientación escolar, cuando se encuentren adolescentes con bajo rendimiento escolar y problemáticas conexas, entre ellas el consumo de alcohol en su barrio o colegio.

- Contar con una propuesta de trabajo en Red para derivación de adolescentes y adolescentes en dificultad, con apoyo y seguimiento desde el contexto educativo de las recomendaciones y compromisos surgidos en las diferentes intervenciones en las organizaciones gubernamentales (OG) y ONG de la localidad.
- Crear contratos pedagógicos específicos donde el joven y adolescente y sus redes afectivas de apoyo se comprometan a asistir a apoyo terapéutico paralelo a actividad escolar, con seguimiento mensual de orientación con los informes evolutivos derivados por la entidad especializada del establecimiento educativo. Artículo 107 de la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia.

Se recuerda lo estipulado en la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia, en su artículo 44: **Obligaciones complementarias de las instituciones educativas**. Los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para prevenir el tráfico y consumo de todo

tipo de sustancias psicoactivas que producen dependencia dentro de las instalaciones educativas y solicitar a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instalaciones educativas

### *Contexto familiar*<sup>57</sup>

- Fomentar el desarrollo de habilidades y recursos personales de los hijos, educándolos en la responsabilidad personal y el autocuidado permanente.
- Fomentar factores de protección familiar, no consumiendo alcohol en actividades familiares, con lo que se da ejemplo de vivencia de momentos de recreación y esparcimiento libres del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol.
- Crear vínculos afectivos fuertes entre padres e hijos mediante la mejora de la comunicación afectiva: dar abrazos, halagos frente a otras familias y amigos, trato respetuoso como norma, espacios familiares para la resolución positiva y pacífica de los conflictos, entre otros.
- Intervenir precozmente con hijos de consumidores de alcohol, donde se le ayude a ver otras posibilidades de diversión y esparcimiento, pero a la vez se le expliciten las normas de la casa sobre el autocuidado

personal, entre estas el no consumo de alcohol desde cerveza, con la aplicación de consecuencias específicas: salidas, permisos, etc.

- Controlar horarios de salida a la calle, con determinación de horas específicas de llegada, de acuerdo con la edad, teniendo presente que los días de mayor riesgo son los viernes y sábados luego de las 7 p.m., cuando los adolescentes se reúnen socialmente frente a supermercados, tiendas de barrio, parques, para ingerir alcohol y otras sustancias psicoactivas.

### *Contexto comunitario*

La eficacia en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes depende de la articulación de múltiples actores sociales, en los que cada uno cumple su labor y a la vez se complementa con el accionar de las otras OG y ONG en la comunidad. Para lograr mejores resultados en el cuidado de los adolescentes, se necesita estimular la capacidad de organización y cooperación de la comunidad para implicar a todos estos actores dentro de un mismo proyecto con objetivos compartidos y competencias específicas.

<sup>57</sup> En: [www.msc.es/campannas/campanas07/alcoholmenores5.htm](http://www.msc.es/campannas/campanas07/alcoholmenores5.htm).



Entre los objetivos de las diferentes organizaciones en un mismo contexto comunitario estarían<sup>58</sup>:

- Modificar la percepción de normalidad del consumo y actitudes pro consumo, realizando por lo menos una reunión semestral entre las diferentes organizaciones públicas y privadas, para reflexionar sobre los adolescentes, con representación de estos para de establecer propuestas de prevención específicas para alcohol.
- Sensibilizar a la población para aumentar el rechazo social hacia ciertos patrones de consumo abusivo y conductas de riesgo social como: la realización de actividades que permitan el ingreso a menores de edad a sitios de diversión donde se expende alcohol, se dan peleas callejeras, se altera el orden público al consumir alcohol en la calle, no se respeta la tranquilidad al colocar música a alto volumen y se ingiere alcohol en horas de la madrugada en parques, tiendas, etc.
- Incrementar la percepción de riesgo por parte de los padres de familia de la comunidad a través de información real y confirmada de hechos en los que ha estado involucrado el consumo de alcohol. Esto se puede hacer mediante

reuniones periódicas con organizaciones de vecinos, volantes informativos con recomendaciones proactivas y asertivas para apoyar medidas de prevención para la no ingesta de alcohol en adolescentes, etc.

- Intervenir prioritariamente en zonas de mayor riesgo, donde se establecen los sitios de mayor ingesta de alcohol en el barrio y se determinan accionares específicos: hablar con dueños de locales, pedir apoyo a las autoridades para la vigilancia en las horas críticas de estos espacios, identificar los líderes de los grupos para invitarlos a las reuniones de vecinos y establecer con ellos acuerdos para la armonía comunitaria. Además, explicitar en volantes la normativa que rige a los establecimientos comerciales y sociales sobre el no consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por adolescentes.
- Disminuir la accesibilidad de los adolescentes a las bebidas alcohólicas desde cerveza, para lo cual se puede crear un grupo de cuidadores adultos (vecinos, policía de menores, representantes de las JAL, entre otros) y adolescentes de la comunidad que concierten con los dueños de establecimientos comerciales: supermercados, tiendas, bares, etc. Esto

58 En: [www.msc.es/campañas/campanas07/alcoholmenores5.htm](http://www.msc.es/campañas/campanas07/alcoholmenores5.htm).

con el fin de que se abstengan de vender bebidas alcohólicas desde cerveza, al igual que no permitan el consumo de estas en su negocio o frente al él.

## 8.1. Padres protectores - organizaciones de padres<sup>59</sup>

El accionar incluyente de las propuestas preventivas de las últimas décadas coloca a los adultos cuidadores, incluidos los padres de familia, como agentes de cambio social frente a comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol por adolescentes.

Entre las estrategias de prevención más óptimas se han encontrado las siguientes:

- Tener una relación vinculante fuerte con los hijos, en la que los adultos tengan claro la importancia de ser modelos de cambio para sus hijos.
- Ayudarlos a comprender las situaciones críticas que atraviesan.
- Apoyarlos solidariamente en los momentos críticos –no resolverles los conflictos–.
- Permitirles vivir las crisis personales con un acompañamiento genuino, en el que el joven y el adolescente aprenda lentamente a enfrentar directamente las consecuencias de sus actos y así ir asimilando las

frustraciones como parte integral del madurar como ser humano.

- Enseñar a diferenciar entre lo bueno y lo malo para sí mismo o para los demás, aumentando los procesos reflexivos y la autocrítica real, aspectos fundamentales para lograr aprender la toma de decisiones.
- Establecer normas de conducta no negociadas (el respeto, la tolerancia entre los miembros, la no ingesta de alcohol y otras sustancias psicoactivas, etc.) y negociadas (de acuerdo con la edad) y las consecuencias concretas de incumplirlas.
- Conocer todo lo relativo al alcohol y otras drogas.
- Inculcar la práctica de los valores familiares y reforzar la comunicación afectiva.
- Impulsar los valores sociales, familiares y religiosos. Se ha comprobado que estos últimos ayudan a los adolescentes a decir no a situaciones críticas.
- Es prioritario posicionar a los padres dentro de su jerarquía para que la prevención se inicie desde el núcleo familiar fortaleciendo las habilidades psicosociales y comportamentales.

Por todo lo expuesto, se encuentra la necesidad de generar dentro de las diferentes comunidades la organización de padres

<sup>59</sup> A Parent's Guide to Prevention. U.S. Department of Education. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Consultado en [www.lasdrogas.info](http://www.lasdrogas.info).

y adultos cuidadores, que apoyen todo el accionar preventivo de los organismos gubernamentales y no gubernamentales. Para tal fin los adultos interesados pueden constituirse como un grupo de cuidado de los adolescentes de su comunidad y a través de su accionar generar todas las propuestas que estimulen la realización de actividades libres de alcohol: fiestas zanahorias, encuentros familiares, paseos ecológicos, cine foros mixtos –padres e hijos–, entre otros, al igual que integrarse con otras OG y ONG de la comunidad para apoyar actividades que apoyen sus objetivos.

## 8.2 Redes de apoyo<sup>60</sup>

Las redes de apoyo son fundamentales para el desarrollo de un proceso de prevención de consumo de alcohol. Estas se gestan desde varios contextos: a partir de la realización de propuestas de sensibilización, como las expuestas en el presente manual, con la participación en grupo de autoayuda y los grupos de mutua ayuda, o al participar directamente en propuestas de atención especializada, cuando la situación del joven y adolescente así lo amerita. La creación y mantenimiento de estas redes de apoyo promueve las relaciones interpersonales

genuinas y el apoyo mutuo en momentos de dificultad personal o familiar, lo que aumenta la autoestima y la motivación para mantenerse en compromisos de cuidado personal ante situaciones de riesgo que puedan reiniciar un consumo de alcohol u otras conductas de riesgo.

La eficacia de este tipo de redes en los procesos de atención para usuarios de alcohol no puede ser fácilmente probada (al no emplearse como técnica única y al ser difícilmente homologables), aunque existen indicadores como: permanencia en estas modalidades de atención, cumplimiento de compromisos personales de no consumo, involucramiento en la filosofía de autocuidado dada por el grupo, fortalecimiento de redes afectivas entre los integrantes que son la motivación para retornar a este en cada nueva sesión, entre otros. Se ha podido establecer que los programas terapéuticos que incluyen grupos obtienen resultados superiores a aquellos que carecen de ellos, lo que quizá constituye la modalidad que emerge con mayor dominancia. En estos programas, los adolescentes pueden encontrar el clima adecuado para hablar de sus conflictos y dificultades, pudiendo

<sup>60</sup> Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Op. cit.

empezar a trabajar su inmadurez a partir de la abstinencia.

## Grupos de autoayuda<sup>61</sup>

Los grupos de autoayuda actuarían reforzando la decisión de no entrar en contacto con el alcohol. El único requisito para ser miembro es el deseo de abandonar el alcohol. El trabajo consiste en la realización de reuniones, una o varias a la semana, en las que un miembro habla de algún tema particular o de su experiencia personal con el alcohol para compartirla con el grupo, que lo apoya, sin juzgarlo, e inicia un constructivo intercambio de experiencias.

Entre los grupos de autoayuda, que surgen en los años treinta, el pionero es la Asociación de Alcohólicos Anónimos (AAA), aunque las primeras iniciativas para la realización de estos grupos surgen en Estados Unidos a principios del siglo XX, dirigidas a ayudar a los nuevos inmigrantes que deseaban instaurarse en el país. En ese momento se logra evidenciar, a través del desarrollo de estas propuestas, que el deseo de encontrarse con otros y buscar su apoyo por la vivencia de situaciones críticas termina por instalar un proceso de reciprocidad profundamente humano,

<sup>61</sup> En: [www.losgruposdeautoayuda.com](http://www.losgruposdeautoayuda.com), fraternidades basadas en la ayuda mutua.

basado en el intercambio. Este dar y recibir lo propicia el esquema estructurante y explícito del espacio social solidario a través de la participación en grupos de autoayuda y mutua ayuda.

Por medio de esta modalidad de atención en contexto sociocomunitario<sup>62</sup>, se explicita el

<sup>62</sup> De Salvador, G. 2008. Manual para la implementación de grupos de autoayuda y mutua ayuda orientados a consumidores y usuarios de sustancias psicoactivas en medio familiar o institucional no especializado. Documento ICBF.



conflicto subjetivo –tan diverso para cada ser humano–, por el cual se requiere de otros para poder ser aceptado, confrontado y trabajado, por lo que el ingreso a un grupo de autoayuda es un acto que integra esa verdad a la acción subjetiva, con una específica forma de participación social. Se establece entonces una concepción de ayuda basada en el apoyo mutuo, con la se entra en un sistema social específicamente configurado para una particular forma de interacción. En esta se participa dentro de un esquema de trabajo y una cultura de apoyo, que establece los parámetros de sociabilidad y grupalidad que hacen posible aceptar una ayuda de otras personas que a la vez están buscando ayudarse a sí mismas. Tanto el punto de partida como el de llegada de este proceso es el apoyo entre pares que se encuentran atravesando una situación similar.

### Terapia familiar

Esta terapia puede ser utilizada como método para incluir a los familiares del paciente en el proceso terapéutico como coagentes del cambio y/o para reorganizar sistemas familiares inadecuados que hayan promovido o perpetuado la conducta de consumo. El hecho de beber puede estar

desempeñando una función “adaptativa”, al acaparar la culpa, por lo que se hace necesaria la reorganización del sistema familiar y la búsqueda de modos más apropiados de mantener la homeóstasis.

Estas terapias se basan en la presunción de que la persona que usa sustancias psicoactivas es reflejo de una disfunción de todo el sistema familiar, cuya dinámica necesita ser readecuada con el fin de generar dentro de la dinámica familiar formas más asertivas y proactivas para la superación de duelos no elaborados a nivel afectivo, de pérdida física de seres queridos, manejo adecuado



de secretos familiares generacionales, etc. En ello es fundamental el papel de la familia, ya que favorece o dificulta la recuperación de la persona con dificultades asociadas a la autorregulación en la ingesta de alcohol u otras sustancias psicoactivas, sin olvidar el posible desarrollo de pautas codependenciales en la pareja o el familiar de mayor cercanía a la persona con problemas de consumo. Esta dinámica interrelacional requiere ser abordada en el proceso terapéutico de la persona en tratamiento, con el fin de generar procesos adaptativos y autorregulatorios de manera más rápida y eficaz.

### 8.3 Medidas desde el control social. Normas y leyes

#### Proyecto de acuerdo N° 090 de 2005, por el cual se adiciona un inciso al artículo 147 del Código de Policía de Bogotá<sup>63</sup>

Las personas que conducen embriagadas se encuentran en grave estado de peligro; si se piensa que solo la actividad de conducir un vehículo es peligrosa, júzguese

63 En: [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16420](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16420)



cómo será cuando se realiza en estado de embriaguez. Ello hace necesario que se otorgue una medida de protección a quienes se encuentren en dicha situación.

Es deber de las autoridades proteger a la comunidad de las situaciones de los conductores en estado de embriaguez ya que el problema no solo pone en peligro su propia vida sino también la de toda la comunidad.

La principal finalidad del derecho policivo es prevenir la comisión de conductas que generen riesgos no permitidos, por tratarse de situaciones que pueden causar daño a alguien. El presente proyecto de acuerdo persigue prevenir la causación de un daño al conductor embriagado y a la comunidad.

Entre los efectos nocivos del alcohol en los conductores que lo consumen se encuentran algunos que con gran facilidad pueden llegar a causar accidentes fatales, al combinarse con la conducción. Alteraciones como las visuales, motoras, audición, entre otras.

### **Código Nacional de Tránsito, Ley 769 de 2002**

“Las autoridades de tránsito velarán por la seguridad de las personas y las cosas en las vías pública y privada abiertas al público. Sus funciones serán de carácter regulatorio

y sancionatorio, y sus acciones deben ser orientadas a la prevención y la asistencia técnica y humana a los usuarios de las vías”.

Al conducir en estado de embriaguez, o bajo los efectos de sustancias alucinógenas, al infractor se le suspenderá la licencia de conducción de ocho meses a un año. Si se trata de conductor de vehículos de servicio público, de transporte escolar o de instructor de conducción, la multa pecuniaria será del doble indicado para ambas infracciones. Se aumentará el período de suspensión de la licencia de conducción de uno a dos años y se inmovilizará el vehículo. En todos los casos de embriaguez, el vehículo será inmovilizado y el estado de embriaguez o alcoholemia se determinará mediante una prueba que no cause lesión, la cual será determinada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

### **Prohibición de bares aledaños a zonas universitarias<sup>64</sup>**

Proyecto de ley liderado por el representante a la Cámara David Luna, que busca restringir la actividad comercial de los establecimientos que venden bebidas alcohólicas en zonas cercanas a las universidades; pues, según

<sup>64</sup> Proyecto alcohol universidades. Observatorio de la Universidad Colombiana. 2008. Consultado en [www.universidad.edu.co](http://www.universidad.edu.co).

el parlamentario, “el aprendizaje de los adolescentes se limita cuando se consumen este tipo de sustancias”.

## Espacio público

### Decreto Ley 1188 de 1974

Reglamenta la publicidad y la venta de bebidas alcohólicas, ordenando que en todo recipiente de bebida alcohólica nacional o extranjera deberá imprimirse en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando al menos una décima parte de ella, la leyenda “el alcohol es perjudicial para la salud”.

### La Ley 745 de 2002

Tipificó de nuevo el consumo de sustancias psicoactivas, como una contravención cuando ocurre en circunstancias que involucran la presencia o participación de menores de edad, en lugares públicos y establecimientos educativos. Además de multas, dicha contravención puede suponer incluso el sometimiento a tratamiento a menores y mayores de 18 años cuando medie la consideración de la defensoría de familia y la solicitud expresa de la familia. La privación de la libertad en este caso es excepcional y apelable.

## La Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia

Establece las siguientes normativas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol en adolescentes:

*Artículo 18. Derecho a la integridad personal.* Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario. Para los efectos de este código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación, y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

*Artículo 20. Derechos de protección.* Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:



1. El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención.

[...]

3. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización.

[...]

14. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida.

*Artículo 30. Derecho a la recreación, participación en vida cultural y las artes.* Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes.

Parágrafo 1. Para armonizar el ejercicio de este derecho con el desarrollo integral de los niños, las autoridades deberán diseñar mecanismos

para prohibir el ingreso a establecimientos destinados a juegos de suerte y azar, venta de licores, cigarrillos o productos derivados del tabaco y que ofrezcan espectáculos con clasificación para mayores de edad.

*Artículo 39. Obligaciones de la familia.* La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes:

14. Prevenirles y mantenerles informados sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

*Artículo 44. Obligaciones complementarias de las instituciones educativas.* Los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para:

7. Prevenir el tráfico y consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas que producen dependencia dentro de las instalaciones educativas y solicitar a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instalaciones educativas.

*Artículo 47. Responsabilidades especiales de los medios de comunicación.* Los medios de comunicación, en el ejercicio de su autonomía y demás derechos, deberán:

1. Promover, mediante la difusión de información, los derechos y libertades de los niños, las niñas y los adolescentes.

3. Adoptar políticas para la difusión de información sobre niños, niñas y adolescentes en las cuales se tenga presente el carácter prevalente de sus derechos.

7. Abstenerse de transmitir por televisión publicidad de cigarrillos y alcohol en horarios catalogados como franja infantil por el organismo competente.

*Artículo 89: Funciones de la Policía Nacional para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.* Sin perjuicio de las funciones atribuidas en otras leyes en relación con los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, la Policía Nacional y en especial la Policía de Infancia y Adolescencia tendrán las siguientes funciones:

[...]

12. Realizar labores de inteligencia para combatir las redes dedicadas a la producción, tráfico o comercialización de sustancias psicoactivas ilegales que produzcan dependencia, a la distribución y comercialización de pornografía

infantil a través de Internet o cualquier otro medio, al tráfico o a la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, o a cualquier otra actividad que atente contra sus derechos.

*Artículo 107. Contenido de la declaratoria de adoptabilidad o de vulneración de derechos.* En la resolución que declare la situación de vulneración de derechos del niño, niña o adolescente, se ordenará una o varias de las medidas de restablecimiento consagradas en este código.

[...]

Parágrafo 2. Para garantizar la adecuada atención del niño, niña o adolescente en el seno de su familia, el defensor de familia podrá disponer que los padres o las personas a cuyo cargo se encuentre cumplan algunas de las siguientes actividades:

1. Asistencia a un programa oficial o comunitario de orientación o de tratamiento familiar.

2. Asistencia a un programa de asesoría, orientación o tratamiento de alcohólicos o adictos a sustancias que produzcan dependencia.

3. Asistencia a un programa de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

## Decreto 411 de 2008

Por medio del cual no se podrá consumir drogas ilícitas dentro y alrededor de plazas, parques públicos, establecimientos educativos y jardines. Al igual que se restringe el uso de las sustancias psicoactivas y tóxicas en un radio de dos cuerdas alrededor de los sitios indicados, para proteger a los niños y adolescentes. Igualmente este decreto no restringe el uso de la dosis personal, pero se solicita a los consumidores de sustancias psicoactivas realizar esta ingesta en sitios donde no se afecte a los niños, niñas, adultos mayores y terceras personas en general.

## 8.4 Metodología de prevención 9

### “Proyecto mi vida, desarrollo mi sueño”<sup>65</sup>

#### Objetivo

Promover en los participantes la habilidad de planificar su proyecto de vida y de autorreflexión sobre la posibilidad de alcanzarlo.

#### Pasos

1. A cada participante se le entrega la hoja denominada “Proyecto mi vida, desarrollo mis sueños” y un lápiz.
2. Luego se les pide a los participantes que piensen por un momento y escriban en la hoja

qué les gustaría estar haciendo en cinco años más, en diferentes planos de su vida (laboral, familiar, social, escolar, etc.).

3. Posteriormente deben formar parejas para compartir su experiencia y reflexionar sobre la factibilidad de alcanzarlo.
4. Luego el director de la actividad solicita a las parejas que se apoyen para identificar las acciones concretas que cada uno tiene que realizar para alcanzar sus metas.
5. Dejar tiempo al final para que las parejas que quieran compartan sus reflexiones y comentar sobre la importancia de pensar un proyecto de vida.

#### Resultados esperados

- Los participantes proyectan ideas y metas, identificando tareas específicas para lograr dichas metas. Se proyectan de forma real, reconociendo sus intereses, habilidades e ideales.

#### Materiales

- Hojas
- Lápices

#### Anexo apoyo

Anexo 4. *Proyecto mi vida... Desarrollo mis sueños*

<sup>65</sup> Sáyago, L. Op. cit.: 121-122.

## 8.5 Metodología de prevención 10

### Mi proyecto de prevención<sup>66</sup>

#### Objetivo

Promover en las participantes herramientas para el diseño de un proyecto de prevención.

#### Pasos

1. Se agrupa a los participantes en grupos de trabajo. A cada grupo se le hace entrega de dos hojas de papelógrafo y marcadores de color.
2. Posteriormente se orienta a los subgrupos para que a través de una dinámica de lluvia de ideas, identifiquen una situación de riesgo que exista en la escuela y/o su entorno.
3. Una vez identificado el problema, los participantes deben escribirlo en una hoja de papelógrafo para exponerlo posteriormente en plenaria.
4. Cuando cada grupo tenga seleccionado el problema que va a abordar, deben formular qué meta quieren alcanzar con el proyecto, y nuevamente escribirla en la hoja de papelógrafo para presentarlas en plenaria, estimulando la participación de los otros grupos para enriquecer lo expuesto.
5. Después de redactar la meta se les entregan las hojas de planificación para que

diseñen el proyecto. Si lo prefiere, se puede copiar el esquema en el tablero: definición de las actividades, fecha de inicio y final, los responsables, recursos y estrategias de evaluación.

6. Finalmente, se presentan en plenaria al grupo y se anotan las ideas que surjan de la participación de los compañeros.

#### Resultados esperados

- Los participantes logran diseñar un proyecto de prevención basado en situaciones críticas o de conflicto de su entorno para formular posibles soluciones que beneficien a su comunidad inmediata.

#### Materiales

- Papel de papelógrafo
- Marcadores
- Hojas en blanco
- Lápices

<sup>66</sup> Sayago, L. Op. cit.: 150.





## Anexos

---



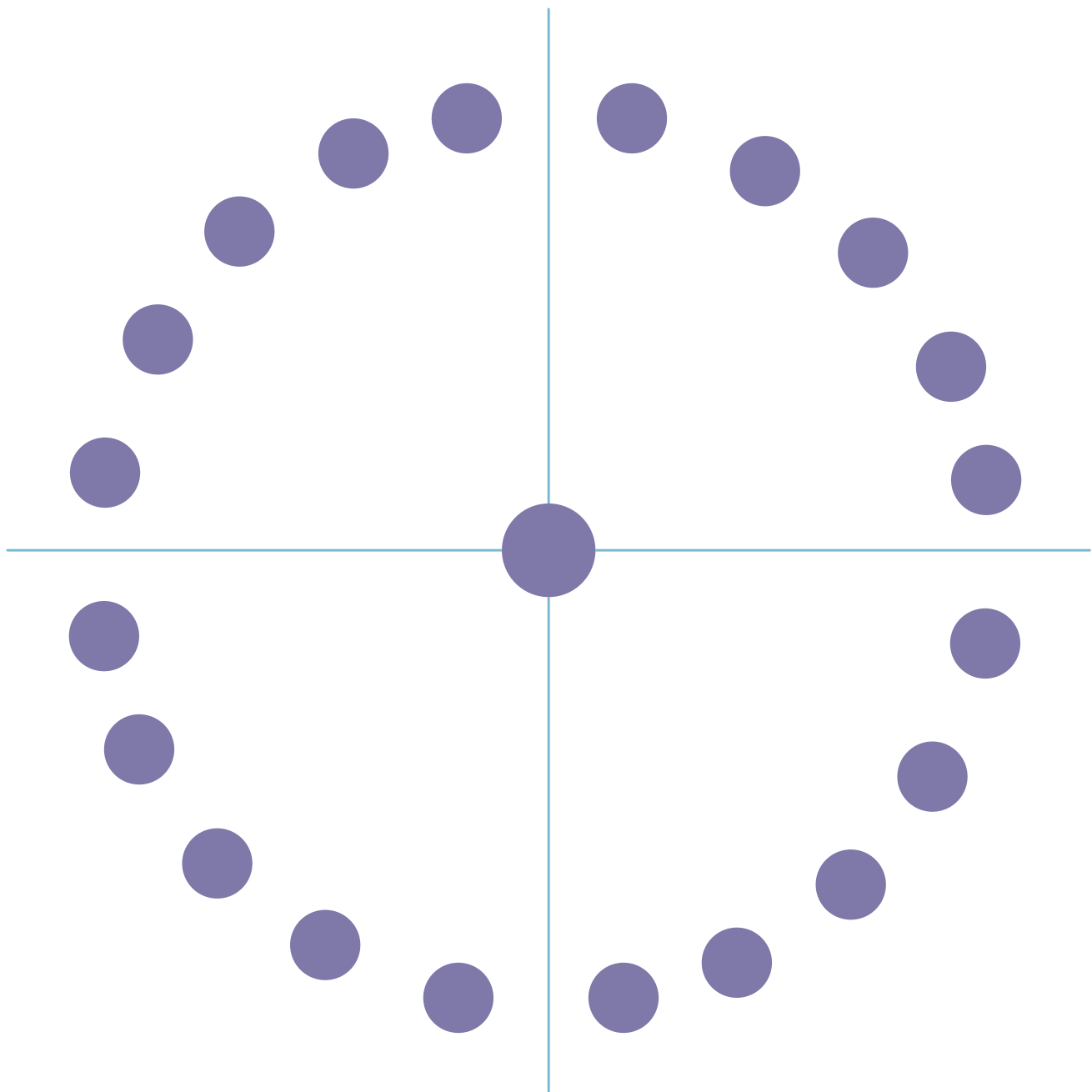
# Anexo 1

## Formato guía red de relaciones sociales

Nombre..... Fecha .....

*Familia*

*Amigos de siempre*



*Barrio*

*Colegio*





## Anexo 2

### Guía de mitos y realidades sobre el consumo de alcohol

1. Soy más maduro si bebo alcohol
2. El alcohol quita el frío
3. El alcohol ayuda a solucionar los problemas
4. Tomar licor ayuda a tener éxito con las mujeres
5. Una persona puede tener intoxicación aguda por alcohol
6. El alcohol afecta el modo de ser de una persona
7. El alcohol purifica la sangre
8. Una fiesta sin tragos no es divertida
9. El alcohol no es una droga
10. Si se toma café se pasa la borrachera
11. El alcohol mejora la sexualidad
12. Las personas que “asimilan o aguantan mucho alcohol” nunca se vuelven alcohólicas
13. No es alcohólica la persona que solo bebe vino
14. Una persona no es alcohólica si consume licor pero a su familia no le falta nada, tienen dinero, viajes, lo mejor siempre
15. Beber alcohol solo los fines de semana no produce daño
16. El alcoholismo es una enfermedad de gente adulta
17. El alcoholismo se puede curar con medicinas, yerbas y otros remedios
18. El alcoholismo es solo cosa de hombres
19. El alcohol enloquece a las personas
20. Beber alcohol es estimulante
21. La familia es la única responsable del problema del consumo de alcohol



## Anexo 3

### Guía de respuestas para el coordinador de la actividad sobre mitos y realidades del consumo de alcohol

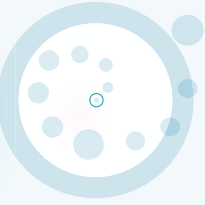
1. **Falso.** Aun cuando culturalmente se promueva esta falsa creencia, el consumir alcohol no hace a la persona más madura. Esto solo se logra como resultado de un proceso de desarrollo y crecimiento. Lo que ocurre es que como el consumir alcohol se asocia con el adulto, los adolescentes imitan el comportamiento del consumidor de alcohol.
2. **Relativo.** Al tomar alcohol, los vasos capilares se dilatan, lo que permite que pase más sangre a la superficie corporal produciendo calor, pero posteriormente se contraen por lo que el calor sale y sentimos de nuevo frío. Por eso es preferible usar el abrigo para aliviar el frío.
3. **Falso.** El alcohol ayuda a olvidar por un momento, pero después nos damos cuenta de que el problema no se ha solucionado con embriagarnos sino que sigue allí. Es preferible enfrentar problemas y no evadirlos.
4. **Falso.** El éxito de una relación está determinado por la personalidad, la capacidad para relacionarse, los valores, gustos, intereses, el conocimiento de sí mismo y el manejo de las emociones, entre otros factores.
5. **Verdadero.** Cuando se consumen dosis elevadas de alcohol en períodos de tiempo cortos, puede producirse una intoxicación aguda que se evidencia por marcha tambaleante, falta de coordinación, cambios en el estado de ánimo, comportamiento inadaptado, visión borrosa, disminución del estado de alerta y somnolencia. Estos síntomas pueden agravarse hasta producir un estado de coma o un paro respiratorio.
6. **Cierto.** Como toda droga, el alcohol afecta el sistema nervioso central, lo que repercute en la forma de ser y de actuar.
7. **Falso.** Por el contrario, puede producir una intoxicación aguda.
8. **Falso.** La diversión no depende del uso del alcohol. Podemos pasarla bien sin necesidad de recurrir al uso de alcohol.
9. **Falso.** Si es una droga y con un alto poder adictivo, lo que ocurre es que al considerarla droga legal, socialmente aceptada, se infravaloran los daños que ocasionan y sus consecuencias.
10. **Falso.** El café no ayuda al bebedor a desintoxicarse, es preciso esperar que el cuerpo elimine el alcohol.
11. **Falso.** Por el contrario, la acción del alcohol sobre los sistemas nervioso y endocrino interfiere con los centros que regulan la respuesta sexual humana, la producción y acción de algunas hormonas sexuales, lo que puede favorecer la aparición de impotencia sexual, la incapacidad para experimentar el orgasmo y otras alteraciones en el funcionamiento sexual de la pareja, desde el punto de vista físico y el de interacción psicológica.
12. **Falso.** “Aguantar más alcohol” no es motivo de orgullo, sino de engaño. El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va “obligando” al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos

efectos, lo que se conoce como tolerancia aumentada y que desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo, hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia. Entonces se "asimila menos". Por eso tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

13. **Falso.** Lo importante no es lo que se bebe, sino cuánto y por qué se bebe. Además, si existe una pérdida de control en el uso de la sustancia, o alguna de las áreas de la persona (familia; estabilidad emocional, física; situación laboral, social, económica), esta se ve afectada como consecuencia de su forma de beber. Esto es un signo de uso indebido de alcohol.
14. **Falso.** Existen familias que aunque tienen todo lo material, carecen de afecto, apoyo emocional y tranquilidad familiar como consecuencia de los hábitos del alcohólico.
15. **Falso.** El daño provocado por el alcohol depende principalmente de la cantidad que se ingiera o del llamado "patrón de consumo", es decir, la forma como se hace. No es lo mismo que un adulto sano consuma un par de copas un fin de semana que un o una joven beba en las fiestas hasta embriagarse. Si se consume a esta edad, todos los fines de semana, en grandes cantidades, se estará en mayor riesgo de hacerlo un hábito.
16. **Falso.** Si el consumo de alcohol se inicia a edades tempranas, la curva de la tolerancia se desarrolla con mayor rapidez, por lo que la dependencia aparece muy precozmente. Es decir, el alcoholismo está más relacionado con la cantidad de alcohol consumido y con el tiempo de consumo que con la edad.
17. **Falso.** Hasta ahora no se conoce ninguna sustancia que cure definitivamente el alcoholismo. Esto no significa que en determinados casos no se puedan y deban usar medicamentos para combatir algunos de sus efectos. A veces son buenos auxiliares en el tratamiento, siempre y cuando los recete un médico.
18. **Falso.** La realidad es que existen más hombres que mujeres alcohólicas. Sin embargo, por considerarse el alcoholismo una dependencia masculina, las mujeres alcohólicas esconden su dependencia por vergüenza o culpa.
19. **Relativo.** Depende de las características de la persona (predisponentes). Existen personas con una predisposición a desarrollar en algún momento de su vida un trastorno mental. En este caso, el consumo patológico de alcohol puede producir una psicosis alcohólica.
20. **Falso.** Realmente es un depresor del sistema nervioso central. Pertenece al grupo farmacológico de los anestésicos y sedantes. Primero actúa sobre las zonas del cerebro que tienen que ver con el juicio, el razonamiento, la comprensión y otras altas funciones intelectuales que regulan la conciencia humana. La persona se desinhibe y aparecen emociones, sentimientos y conductas impredecibles, muchas veces inadecuadas, con expresiones de euforia, tristeza o agresividad. Al deprimir otras áreas del sistema nervioso, provoca trastornos en el lenguaje, en el control y la coordinación de los movimientos, y según la cantidad ingerida, se puede llegar a límites peligrosos de intoxicación, coma alcohólico y muerte.
21. **Falso.** Es responsabilidad de todos. Aunque la familia tiene un rol muy importante, son múltiples las causas asociadas al consumo de alcohol: el individuo, la escuela, la comunidad y la sociedad en general.

## Anexo 4

| Proyecto de mi vida...desarrollo mis sueños |                       |          |         |                               |  |                                 |   |
|---|-----------------------|----------|---------|-------------------------------|--|---------------------------------|---|
| ¿Qué quiero lograr?                         | ¿Cómo lo voy a hacer? | ¿Cuándo? | ¿Dónde? | ¿Quiénes me pueden aconsejar? | ¿Qué cosas me pueden impedir lograrlo? | ¿Qué debo hacer para evitarlas? | ¿Qué me voy a regalar al alcanzar mi sueño? |
|   |                       |          |         |                               |  |                                 |   |
|   |                       |          |         |                               |  |                                 |   |
|   |                       |          |         |                               |  |                                 |   |
|   |                       |          |         |                               |  |                                 |   |
|   |                       |          |         |                               |  |                                 |   |
|   |                       |          |         |                               |  |                                 |   |



## Bibliografía

- A Parent's Guide to Prevention, U.S. Department of Education. Instituto para el Estudio de las Adicciones. (Consultado en: [www.lasdrogas.info](http://www.lasdrogas.info)).
- Alcorta, A. 2008. El alcohol y sus efectos: la mente y la conducta. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario / UANL. (Consultado en: <http://www.conocimientoenlinea.com>).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Alcohol, accidentes de tráfico y conductas de riesgo. Efectos sobre la salud. España.
- Alonso, A. 1999. Representación social del alcoholismo. En: Alcohólicos y no alcohólicos de São João del Rei. Informe de investigación. Fapemig. Brasil.
- Antecedentes de alcohol en la familia. ¿Está usted a riesgo? National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health (Niaaa). (Consultado en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/FamilySpanish/famhistspan.htm>).
- Argentina: adolescencia y alcoholismo. (Consultado en: <http://http://www.ripred.org/dpna/noticias/01-15-05.htm>).
- Arias, R. Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. División de Ciencias de la Salud. Universidad Santo Tomás. Bogotá: 138-147.
- Arias, R. 2005. Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. División de Ciencias de la Salud. Universidad Santo Tomás. Bogotá: 138-147.



- Camejo Lluch, Reynerio. 2006. Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social. Perú: Ilustrados.com. (Consultado en: <http://site.ebrary.com/lib/unalbogsp/Doc?id=10140369&ppg=7>).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Campañas Alcohol y menores: El alcohol te destroza por partida doble. España. (Consultado en: <http://www.msc.es/campannas/campanas07/alcoholmenores9.htm>).
- Causas y factores de riesgo, programa de prevención. Fundación Campo Renacimiento. (Consultado en: <http://www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm>). México.
- Colciencias - Ministerio de la Protección Social. Encuesta nacional de salud 2007. Unión Temporal SEI S.A. - Pontificia Universidad Javeriana, Observatorio de Salud Pública de Santander.
- Informe sobre alcohol. 2007. Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. España.
- Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. 1993.
- Lloret Irlas, Daniel (becario de investigación del instituto de investigación de drogodependencias). Alcoholismo: una visión familiar.
- De Salvador G. 2006. Programas soporte en contexto sociofamiliar. Documento Fundación Prever.
- De Salvador, G. y Olarte, Y. 2008. Construyendo mis relaciones. Colombia.
- Del Río, M. La relación entre el alcohol y los accidentes de tráfico. 2000. Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid.
- Díaz, R. y Ferri, Ma. J. 2002. Prevención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. En: Monografía alcohol. Ed. Antonio Gual. *Rev. Adicciones*, Valencia, España: 14, suplemento 1: 353-373.
- Londoño, Constanza; Valencia, Sandra; Sánchez, Laura y León, Viviana. Diseño del cuestionario de resistencia a la presión de grupo en el consumo de alcohol (CRPG). Universidad Católica de Colombia.
- Documento de la Comisión Nacional de la Reducción de la Demanda de Drogas, sobre la presentación del Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.
- Efectos y consecuencias del consumo de alcohol. (Consultado en: <http://www.floggerss.com.ar/estetica-y-salud/8578-efectos-y-consecuencias-del-consumo-de-alcohol.html>).
- El alcohol, clasificación y efectos. Origen e historia consumo y enfermedades. 2005. España. (Consultado en: <http://www.tusalud.com/adicciones/html/drogas/alcohol/consumo.htm#3>).
- El alcoholismo es solo cosa del hombre. Alcoholismos, mito y realidades. (Consultado en: [http://www.taringa.net/posts/info/1257870/alcoholismo\\_\\_\\_mitos-y-realidades.html](http://www.taringa.net/posts/info/1257870/alcoholismo___mitos-y-realidades.html)).
- Encuesta nacional de consumo de SPA en adolescentes escolarizados. 2004. Colombia.
- Encuesta nacional de consumo de SPA en adolescentes escolares de 12-17 años. 2004. Colombia.

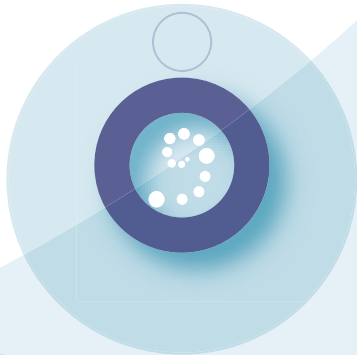
- Escalante, G. y Escalante. L. Historia natural del alcoholismo. (Consultado en: <http://saber.ula.ve/bitstream/123456789/14874/1/capitulo6.pdf>).
- Consumo de sustancias psicoactivas en adultos. 2003. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia. MPS/FES - OMS/Harvard.
- Factores de protección, programa de prevención SOS Drogas. Project Home Balears. España. (Consultado en: <http://www.sosdrogas.com/prevencion/factoresproteccion.es.html>).
- González, H. 2006. Alcohol: cuánto es demasiado. Red. El Cotidiano. México. (Consultado en: <http://site.ebrary.com/lib/unalbogsp/Doc?id=10117496&ppg=6>).
- Jaimes-Osma, J.E. 2002. Observatorio epidemiológico de sustancias psicoactivas, uso de Internet y juegos electrónicos en una institución universitaria. *Adicciones*: 14 (2).
- Juventud y alcohol. Oferta educativa de la Fundación Alcohol y Sociedad. (Consultado en: <http://http://www.alcoholysociedad.org/esp/pedagogico.htm>).
- Mejía-Motta; I.E. et ál. 2004. Diagnóstico situacional instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia: Informe de resultados. Ministerio de la Protección Social. Bogotá.
- Meneses, A. 2002. Alcoholismo, huésped indeseable. *Revista Bohemia*. 23.
- Ministerio de la Protección Social. 2004. Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Cicad/OEA, Agencia Colombiana de Cooperación Internacional (ACCI). Bogotá.
- Campillo, Mirtha. Hijos adultos de padres alcohólicos. En revista *LiberAddictus*. (Consultado en: [www.liberaddictus.org/NumAnt.php](http://www.liberaddictus.org/NumAnt.php)).
- Módulos para el acompañamiento psicosocial con niñas, niños y adolescentes desvinculados del conflicto armado, módulo 1. 2004. Calidoscopio, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Corporación Vínculos, United States Agency for International Development (Usaid), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Colombia: 36.
- Navarro, J. 2000. Aspectos sociológicos y epidemiológicos del consumo de alcohol en España. En: *Tratado de Alcoholología*. Madrid: 443.
- Pascual, P. 2002. Imagen social de las bebidas alcohólicas. En Monografía alcohol. Ed. Antonio Gual. *Rev. Adicciones*. Valencia, España.: 14, suplemento 1.
- Prevención del uso de sustancias psicoactivas –desde alcohol y tabaco– en niños, niñas y adolescentes 2008. (Documento de apoyo a la Guía del observador). Colombia.

- Pérez, A. 2009. Consumo de alcohol en menores de 18 años. Corporación Nuevos Rumbos. Niños empiezan a tomar licor a los 10 años en el país. Ministerio de Educación Nacional. En *El Tiempo*. Colombia.
- Pons, J. y Borjano, E. 1999. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Valencia: Plan Nacional sobre Drogas / Universidad de Valencia. (Consultado en: <http://www.mir.es/pnd/publica/html/otras.htm>).
- Proyecto alcohol universidades, observatorio de la universidad colombiana. 2008. (Consultado en: [www.universidad.edu.co](http://www.universidad.edu.co)).
- Ramírez, L. 2002. Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social. (Consultado en: <http://www.monografias.com/trabajos16/alcoholismo/alcoholismo.shtml>).
- Ribera, M. y Villar, M. 2005. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos. En *Revista Latinoamericana de Enfermagen*.
- Rodríguez, I. y Castillo, I. Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cuba.
- Sánchez, G. Alcohol y adolescencia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza.
- Sandoval, J.; E. Hernández. 2004. *Alcohol. Mito y realidad*. Ed. Científico Técnica. La Habana.
- Sayago, L. 1999. Manual de capacitación para docentes. Habilidades para la vida: Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Venezuela.
- Turner. 2008. El consumo de alcohol en América supera al promedio mundial. Taller Consumo de alcohol, problemas asociados y respuestas en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Panamá.
- Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social. (Consultado en: <http://www.monografias.com/trabajos16/alcoholismo/alcoholismo.shtml>).
- Valderrama, J. y Manzanaro, M. 2000. Unidad de Conductas Adictivas. Área 16 y 18. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Alicante.
- Vega, A. 2006. El alcohol en los medios de comunicación: la presión para su consumo-abuso. Red Comunicar. España. (Consultado en: <http://site.ebrary.com/lib/unalbogsp/Doc?id=10149065&ppg=5>).



Esta  
publicación  
es de  
carácter  
educativo.

Está prohibida  
su venta  
y comercialización.





Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Av. Cra. 68 N° 64C - 75, Bogotá - Colombia  
PBX: 437 76 30  
Línea gratuita nacional Bienestar Familiar 01 8000 91 80 80  
[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)

Estado Comunitario: desarrollo para todos