



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

“Más vale prevenir que curar”

Erasmus de Rotterdam

***Políticas Públicas y consumo problemático de alcohol en la
adolescencia***

Estudiante: Katherin Erika Báez Mena

C.I: 5.100.781-1

E-Mail: kbaezmena@gmail.com

Ciudad: Montevideo

Tutor: Prof. Adj. María Julia Perea - Instituto de Psicología de la Salud

Año: 2017

Resumen y abstract

El presente trabajo se denomina “Políticas Públicas y consumo problemático de alcohol en la adolescencia” y tiene por cometido indagar y cuestionar el eje Consumo de alcohol en la adolescencia – Políticas Públicas en Uruguay desde una lectura crítica.

Se definen algunos conceptos básicos tales como Promoción en Salud, Prevención de la enfermedad y Políticas Públicas, y se enmarca el problema del consumo de alcohol desde el foco mundial, nacional y su vínculo con la adolescencia.

A partir de la revisión bibliográfica se presentan experiencias realizadas en otros países, que pueden ser pertinentes para la instrumentación de planes de promoción y prevención de enfermedades vinculadas al consumo problemático y /o la adicción en adolescentes.

Se sugieren algunos puntos a considerar al momento de trabajar en prevención primaria y promoción de salud, destacando el éxito que ha tenido este enfoque en otros territorios. También se distingue el desarrollo de medidas normativas en relación a la publicidad sobre el consumo de alcohol, y medidas restrictivas al respecto.

Debido al continuo descenso de la edad de inicio al consumo de alcohol, se considera necesario comenzar a desnaturalizarlo, promoviendo conductas que protejan a los grupos etarios más vulnerables como son los adolescentes. Trabajar en este sentido como sociedad, en el retraso del comienzo del consumo, y generar Programas que jerarquicen acciones de prevención primaria y de protección de la salud.

Palabras claves: Políticas Públicas, Alcohol, Adolescencia

	Pág.	
1	Introducción	4
2	La reforma sanitaria y sus propuestas	5
	2.1 Promoción, prevención y Políticas Públicas	6
3	Consumo de alcohol	10
	3.1 Consumo de alcohol a nivel mundial	11
	3.2 Algunos factores que inciden en el consumo de alcohol en la adolescencia	13
	3.3 Consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia	15
4	Estadísticas en Uruguay	16
5	Marco legal	18
6	Experiencia de otros países	20
7	Uruguay - Maldonado	28
8	¿Cómo formalizar las experiencias en programas concretos?	30
9	Centros de educación formal, el lugar.	32
10	Conclusiones	33
11	Referencias Bibliográficas	37
12	Anexos	42
	12.1 Entrevistado 1	42
	12.2 Entrevistada 2	42

1. Introducción

El presente trabajo monográfico se denomina “Políticas Públicas y consumo problemático de alcohol en la adolescencia” y tiene por objetivo principal indagar la relación entre el consumo problemático de alcohol en adolescentes y las Políticas Públicas de promoción y prevención en salud.

Tiene como cometido generar una búsqueda bibliográfica desde una postura crítica que dé cuenta de la incongruencia percibida por la autora, vinculada a las escasas Políticas Públicas de promoción y prevención del consumo de alcohol en las edades en que, estadísticamente, inician el contacto con la sustancia. Al finalizar, se propondrán algunas ideas pensadas como posibles de ser incluidas en el marco de Programas de las Políticas sociales de Uruguay.

La elección del tema está directamente vinculada al desempeño laboral, desde hace cuatro años, en la Dirección de Adicciones de la Intendencia Departamental de Maldonado, de quien escribe. De allí se percibe cierta dificultad en encontrar Políticas Públicas que abarquen la temática desde el eje promoción / prevención, y que además estén dirigidas a la edades en que los usuarios afirman comenzar el consumo. Concomitantemente se tiene en cuenta la opinión de dos entrevistados con experiencia en la temática, cuyo discurso será presentado en el desarrollo del trabajo mediante la denominación de “E1” (entrevistado 1) y “E2” (entrevistado 2).

Las medidas y programas que se han implementado desde el ámbito de la Salud Pública parecen no tener el efecto esperado, ya que las encuestas realizadas a estudiantes de educación media dan cuenta de que la edad de inicio del consumo de alcohol ha descendiendo desde hace varios años.

Los programas ejecutados, en general de reducción de riesgos y daños, tienen como beneficiarios a los usuarios jóvenes mayores de dieciocho años. Sin considerar los datos estadísticos respecto de las edades de inicio y los patrones de consumo.

2. La reforma sanitaria y sus propuestas

En el año 2007, en Uruguay, se crea la ley 18.211 que da lugar al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde se proponen tres grandes cambios:

Modelo de atención: pasando de un modelo biomédico a uno integral.

Modelo de gestión: asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; y quedando como único rector del Sistema de Salud, el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Modelo de financiamiento y gasto: debe asegurar la mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA).

A partir de la reforma en el modelo de financiamiento se crea un fondo único y obligatorio a nivel nacional, en el cual cada familia aporta según su nivel de ingresos, esto otorga el derecho a la cobertura del núcleo familiar, permite la diferenciación entre los aportes y la utilización de los diversos servicios, además de permitir que el usuario elija a su prestador de salud.

Uno de los objetivos del SNIS es la implementación de un modelo integral que se base en una estrategia sanitaria común, donde las políticas de salud estén articuladas, se generen programas integrales enfatizando en la promoción y prevención en salud. Esto permitiría el fomento de hábitos saludables, la protección frente a los riesgos específicos, el diagnóstico precoz y por consiguiente; el tratamiento eficaz y oportuno de la enfermedad.

El SNIS también establece la obligatoriedad a los diversos prestadores de salud de contar con prestaciones de salud mental, debido a que la misma es considerada un derecho. La implementación se da a partir del Plan de Prestaciones de Salud Mental y está caracterizada por tramos de edades correspondiente a las categorías: niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

Entre las modalidades grupales de intervención (con un máximo de quince integrantes) se encuentran aquellas dirigidas a familiares o referentes afectivos de personas con uso problemático de sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).

Otra de las modalidades es la individual. Tiene el objetivo de brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar, grupal. Los usuarios con consumo problemático de sustancias también disponen de esta modalidad.

Por último se encuentra la atención psicoterapéutica (ya sea individual o grupal) orientada a la rehabilitación. Ésta también engloba a los usuarios con consumo problemático de sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.

2.1 Promoción, Prevención y Políticas Públicas

Como se mencionaba anteriormente, el SNIS pone especial énfasis en la prevención primaria y la promoción de salud, acciones que se vinculan estrechamente al Primer Nivel de Atención y a los Programas territorializados que llevan adelante las Políticas Públicas Sociales. Es menester entonces definir estos conceptos.

Cuando se habla de Promoción se refiere al:

(...) conjunto de actividades, procesos y recursos, de orden institucional, gubernamental o de ciudadanía, orientados a propiciar la mejora en las condiciones de bienestar y de acceso a los bienes y servicios sociales, que favorezcan el desarrollo de conocimientos, actitudes y comportamientos favorables para el cuidado de la salud y el desarrollo de estrategias que permitan a la población un mayor control sobre su salud y sus condiciones de vida, en el nivel individual y colectivo (Gutierrez, 1997, p. 117).

Lo anterior se puede alcanzar mediante estrategias tales como: la elaboración e implementación de Políticas Públicas, creando ambientes que favorezcan y fomenten la salud, potenciando la acción comunitaria, desarrollando habilidades personales, redirigiendo el sistema de salud (Marchiori Buss, 2008). Es importante que el trabajo en promoción en salud fomente la autonomía del sujeto y/o comunidad; para ello es importante, tal como lo señala Machado de Freitas (2008) que las estrategias a desarrollar sean participativas y territorializadas de vigilancia; lo cual requiere de enfoques interdisciplinarios e intersectoriales.

La prevención de salud está relacionada a controlar las enfermedades enfocándose en los factores de riesgo y las poblaciones de riesgo. Enfatiza en los determinantes de la salud, a diferencia de la prevención, donde el foco es en la enfermedad. Se distinguen tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Ashton & Seymour, 1990). La prevención primaria tiene por finalidad establecer medidas que eviten la aparición o incidencia de la enfermedad mediante el control de factores causales y de los predisponentes, es decir, la evitación del problema antes de que haya ocurrido. Esto puede lograrse trabajando con la población identificada como "de riesgo", a través de estrategias de tipo positivo. La prevención secundaria refiere al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de manera que se eviten daños

severos, se limite el desarrollo de la enfermedad, se reduzcan los riesgos y el impacto de la misma (Ashton & Seymour, 1990). La prevención terciaria está vinculada al tratamiento y recuperación de la enfermedad, para ello es necesario el adecuado control y seguimiento del paciente. Con ella se busca minimizar los daños provocados por la enfermedad, facilitar la readaptación del paciente y contribuir a la prevención de las recaídas (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

Dentro de la prevención existen dos modelos de intervención que no son excluyentes entre sí: la prevención inespecífica (o promoción) y la específica. En la primera el consumo de alcohol funciona como un elemento más del enfoque; se lleva a cabo entre los 6-12 años mediante programas generales para la salud, de entrenamiento en Habilidades Sociales y de la formación de referentes (padres, madres, agentes comunitarios). La prevención específica se realiza entre los 12-16 años y se compone de programas de formación y entrenamiento de la prevención del consumo de alcohol y las consecuencias que su uso acarrea (Secades, 1998).

Al hablar de Políticas Públicas, tradicionalmente se plantea que *"Corresponden al programa de acción de una autoridad pública o al resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental"* (Lahera, 2002, p.4).

Birkland (2005), argumenta que no hay consenso en relación a una definición de "Políticas Públicas", por lo que más importante que definirla es identificar sus atributos:

La política pública está hecha en el nombre del público.

Es generalmente hecha o iniciada por el gobierno.

Puede ser implementada por actores públicos y/o privados; los seres humanos siempre están directa o indirectamente vinculados.

Es lo que el gobierno intenta hacer.

Es lo que el gobierno elige no hacer.

A lo anterior, Roth Deubel (2016) agrega

La percepción del problema.

Las definiciones de objetivos y proceso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las Políticas Públicas tienen un potencial grande: garantizar la salud de las personas (2008). De manera que cuando se presenta una situación que se percibe como problemática para la sociedad civil; o se construye socialmente como un problema, se hace necesaria la búsqueda de acciones que lo modifiquen.

Es así como diversos problemas sociales tales como: pobreza, vivienda, desempleo, inseguridad, problemas ambientales, de salud, entre otros; han ingresado en la agenda política demandando la intervención del Estado (como otro de los actores que intervienen). La acción de la política pública se desarrolla para y mediante los actores sociales (directa e indirectamente) (Roth, 2002).

Desde la Estrategia Nacional para el período 2011-2015 la Junta Nacional de Drogas (JND) planteó trabajar en la difusión de información y concientización sobre el fenómeno de las drogas. Incluyendo además acciones concretas que limitaran la accesibilidad (regulación de venta y comercialización), unificación del marco regulatorio y limitación la publicidad. Actualmente el paradigma de la Secretaría Nacional de Drogas procura promover una visión integral con respecto al consumo de sustancias, enfatizando en las políticas de promoción de salud, preventivas del uso problemático de drogas, desde una perspectiva de derechos (Romani et al., 2010). Dicho enfoque requiere *“incorporar la prevención y las políticas referidas al alcohol, al tabaco y a los psicofármacos por la implicancia que tienen en los riesgos sanitarios referidos al consumo abusivo de otras drogas”* (Romani et al., 2010, p.18). Se propone trabajar en cuatro líneas: reducción de la oferta, reducción de la demanda, reducción de daños y por último la lucha contra el lavado de activos. Ello requeriría de enfoques intersectoriales y multidisciplinarios (Romani et al., 2010).

Dicho lineamiento se mantiene en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas (END) 2016-2020 señalando que se concibe al problema de las drogas como *“fenómeno complejo y dinámico, anclado en factores sociales, económicos, políticos y culturales, y que afecta a los derechos fundamentales de las personas”* (JND, p.11).

Fernández Galeano (2010, p.73) señala en “Aportes para una Política Pública en Drogas” que el consumo de sustancias es una situación que compete al primer nivel de atención en salud, de manera que puede ser abordado antes de que se presente la adicción en el sujeto. Esto no se refiere solo a la prevención de la enfermedad, sino a una cuestión económica: los tratamientos de rehabilitación representan un costo muy alto, además de que los resultados no siempre se logran. Cabe destacar que en general, las personas que generan los mayores costos en el sistema de salud no son las personas dependientes, sino aquellas que tienen consumo problemático (Monteiro, 2013, p.103).

Vinculado a lo anterior, se considera importante el siguiente señalamiento con respecto al trabajo en el Primer Nivel de Atención:

Fernández y Lapetina (2008) plantean que hay programas preventivos basados en el Paradigma de la Enfermedad, que tienen como objetivo el trabajo sobre la prevención del uso de drogas, es decir, sobre la prevención de la experimentación con cualquier droga.

Respecto a esto, ellos plantean que la prevención de la experimentación no es justificable ni posible, ya que la experimentación (en todo sentido) es una característica de la adolescencia. Lo que sí es justificable, es la prevención del uso problemático de drogas, es decir, la prevención de los tipos de uso que pueden generar problemas en las personas (Buela Candelaresi, 2014, p. 8).

Considerando lo anterior, si bien la prevención de la experimentación no puede realizarse Forselledo (2002) manifiesta la necesidad de comenzar a elaborar Políticas Públicas de infancia (niños / adolescentes) dirigidas a prevenir el uso problemático de sustancias.

En función de ello, se considera importante tener en cuenta las opiniones de los entrevistados: el director del centro de tratamiento (E1) considera que no todo consumo es problemático, pero que ello sucede en las *“personas que tienen poco uso de alcohol; pero aquellas personas que utilizan el alcohol para embriagarse, para intoxicarse, para modificar su estado a la corta o a la larga van a tener algún episodio, o sino a largo plazo, adicción”*. La referente de la JND (E2) manifiesta que no todos los consumos son problemáticos, pero sí todos los consumos tienen riesgos asociados. Estos últimos se acentúan en la adolescencia debido a las particularidades de esta etapa vital. Afirma que la JND se ha corrido del paradigma prohibicionista y trabaja desde una visión integradora de salud, de derechos humanos, convivencia pacífica, tomando en cuenta el eje transversal de género. Lo anterior es señalado también en la “Estrategia Nacional Para El Abordaje Del Problema Drogas 2016-2020” donde se menciona que el cambio de paradigma se realiza sobre la base del enfoque de reducción de daños.

Quien suscribe comparte la opinión de Fernández y Lapetina (2008), señalando que si bien la experimentación no es prevenible, el uso problemático y la detección precoz sí lo es; y debería estar incluido en la atención en salud a los adolescentes como parte de las preguntas de rutina.

Es reconocido desde instituciones tales como la American Medical Association y la Junta Nacional de Drogas que cualquier consumo de alcohol tiene riesgos en tanto alteran al sistema nervioso central. En relación a esto (Rossi, Carbajal y Bottrill 2012) plantean que si bien el consumo problemático dura mientras el alcohol se encuentra en el organismo; es necesario considerar el concepto de “consumo de riesgo”: se entiende al mismo como *“Una pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traduce en problemas médicos o psiquiátricos actuales”* (Rossi et. al, 2012, p. 40). En tanto el consumo de alcohol afecta la plasticidad neuronal del cerebro en desarrollo del adolescente (lo cual determina dificultades futuras en el aprendizaje), no existiría consumo sin riesgo en menores de dieciocho años (Rossi et. al 2012). Cabe destacar que en este caso, se mencionan riesgos en términos de desarrollo neuronal, debido a que tendría efectos a largo plazo. Sin embargo, es necesario reconocer que el consumo de alcohol altera diversos

procesos cerebrales, los riesgos asociados podrían ser diversos (reflejos, coordinación, toma de decisiones, impulsos, entre otros).

Parece prudente corregir el aporte del autor, extendiendo dos años más la edad que considera como conducta de riesgo, debido a que la maduración cerebral concluye alrededor de los veinte años (Rossi et al., 2012). En este sentido se considera que la ingesta de alcohol en edades anteriores a las mencionada, no solo es consumo de riesgo, sino también es consumo problemático.

3. Consumo de alcohol

Si bien el consumo de sustancias psicoactivas históricamente siempre ha existido, quizás la forma de vida en algunas sociedades ha exponenciado el modo de vincularse con las mismas; y por ello se constituye en un problema social: por su visibilidad y las consecuencias negativas que se le asocian.

Forselledo (2002) señala que es a partir de la década de los 60 cuándo la demanda de drogas modifica trascendentalmente, pasando de un uso individual y restringido a ser masivo y propagarse progresivamente a las poblaciones más jóvenes. De ésta manera se transforma en un problema de Salud Pública.

Se lo ha concebido como la “epidemia de los tiempos modernos” (Forselledo, 2002, p.3) debido a su alcance y universalidad; lo cual implica un desafío para la salud a nivel mundial.

Vivimos un estado de descomposición de la trama social con los síntomas alarmantes (...), el aumento preocupante del uso de drogas cada vez más “pesadas” y más adictivas, el incremento de la violencia, etcétera. Situación de dimensiones nunca vistas que acarrea severas consecuencias socioculturales (Torres, 2005, p.11).

El planteamiento que realiza Torres (2005, p.29) es que todo acto de consumo “(...) encubre una necesidad de comprensión, amor y cobijo, muchas veces bajo una apariencia indiferente o desdeñosa”. La visión de Torres intenta pensar el eje consumo de sustancias desenfocándose de la sustancia; y poniendo énfasis en el “para qué” y no en el “qué”. Este aspecto es importante, de manera que el objetivo de los programas sociales no se centre en la sustancia, sino en el comportamiento (y por consiguiente, en el motivo encubierto). El aporte de Torres ilustra la cuestión del consumo problemático de alcohol en la adolescencia en el sentido de que menciona que lo que se encuentra detrás de la conducta transgresora, desafiante, indiferente; en realidad se trata de la búsqueda de afecto, de ser mirado, atendido.

Entendiendo que el consumo de alcohol es un problema complejo, los cambios de conducta con respecto a su consumo no dependen únicamente de factores individuales, sino que también se ve influenciado por condiciones económicas, legislativas, referidas a políticas sociales y también a factores culturales vigentes (Ashton & Seymour, 1990).

Forselledo (2002) comparte lo anterior, agregando además la importancia de los factores contextuales. Señala además que tener en cuenta los anteriores factores es importante para estudiar el consumo de alcohol en niños y jóvenes latinoamericanos. Por ende, es necesario comprender que el consumo de alcohol, independientemente de sus particularidades, no deja de ser una conducta humana, y en tanto tal, se relaciona con la cultura. En general esta droga suele tener una carga social menos penalizada que otras, su consumo está naturalizado y se considera una droga social. Suárez y Ramírez (2011) comentan que el mismo está plenamente integrado y legitimado y forma parte de todos los sectores sociales. La situación es tal que La Junta Nacional de Drogas (2012) ha manifestado en su página web, que “somos una sociedad alcohólica”. Dicha caracterización de la sociedad uruguaya da cuenta de la naturalización que existe del uso de dicha sustancia.

3.1 Consumo del alcohol a nivel mundial

El alcohol, en conjunto con el tabaco, son las drogas que más se consumen, se comercializan, se difunden y que más problemas de salud causan en el mundo. Lo anterior ha sido señalado por diversos estudios antropológicos, clínicos, psicosociales, epidemiológicos regionales (Forselledo, 2002).

Su uso se asocia a enfermedades no transmisibles de diversos grupos: enfermedades cardiovasculares, cáncer (en diversos órganos, principalmente hígado), enfermedades pulmonares crónicas y diabetes; alrededor de 200 enfermedades se asocian al su consumo (OMS, 2014). La OMS realizó un informe en 2011 donde determinó que el 55% de los adultos han consumido alcohol. El consumo problemático de alcohol estaría asociado a la causa de muerte de 2.5 millones de personas anualmente (ya sea debido a enfermedades, lesiones, entre otros), esta cifra aumenta a 3.3 millones en el año 2014 (OMS, 2014), lo cual demuestra el agravamiento progresivo de la problemática.

El promedio mundial de consumo de alcohol por persona es de 6.2 litros de alcohol puro; pero América Latina es junto con Europa dónde hay mayor consumo per cápita (OMS, 2014). Específicamente en América Latina, el consumo de alcohol representa un problema

significativamente más importante; *“el consumo per cápita varía entre 3 a 12 litros de alcohol puro por persona por año, con una prevalencia de vida que oscila entre un 60 y un 80%”* (Forselledo, 2002, p.8). En el año 2005 en América Latina el consumo per cápita fue más alto que el promedio mundial según el informe de la OMS (2011). Se infiere que ello se mantuvo como tendencia ya que según el informe de la OMS en 2014, el promedio de consumo per cápita en América fue de 8.4 litros de alcohol puro. El patrón de consumo se caracteriza por ser un uso problemático (consumos episódicos fuertes). La bebida que más se consume es la cerveza (55%).

Concomitantemente, cada vez más su consumo se vincula a las generaciones más jóvenes (Ambrosi, De los Santos, Figueroa, & Narvaja, 2011), la OMS (2014) señala que entre un 53% y un 70% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad consumen alcohol. Lo anterior justifica la necesidad que manifiesta Forselledo (2002) de trabajar en prevención del consumo problemático.

En el 2006 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) planteó que en Uruguay una de las drogas que genera *“mayor consumo e impacto en la población es el alcohol, siendo consumidora habitual la mitad de la población”* (Buela Candelaresi, 2014, p.5). Los mismos autores señalan que los problemas más graves de Salud Pública no se asocian a las sustancias ilegales, sino a aquellas que su consumo / uso es legal y son de libre comercialización (Ambrosi et al., 2011).

En el caso de Uruguay, el alcohol es considerado una droga legal. Y justamente, ese carácter de legalidad es asociado según Goldstein (2003) a mayores riesgos de uso problemático y de adicción, en tanto la legalidad las vuelve accesibles. Esto además está directamente vinculado a la naturalización de su uso. E1 señala con respecto al consumo de alcohol en Uruguay que su *“uso es muy elevado y que está muy promovido”* (en verano cerveza, en invierno vino); *“(…) el consumo problemático de alcohol supera diez veces al consumo de todas las otras sustancias”*. Su uso genera un impacto social tan grande que lo considera un problema de orden Público. E2 comparte esta postura señalando también que lo considera un problema de orden Público en función de los problemas que genera a la Salud pública uruguaya.

Monteiro (2013) señala que a pesar de las alarmantes estigmatizaciones que ha realizado la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones, la problemática continúa teniendo baja importancia en los programas de salud en la mayoría de los países de América Latina. Lo anterior se debería a que las reglamentaciones del consumo, de accesibilidad, de impuestos, de control gubernamental, de comercialización, de publicidad; son escasas.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Forselledo (2002) señala que desde la aprobación de la Estrategia Antidrogas del Hemisferio en 1996; y principalmente a partir del año 2000 cuándo se inicia el Mecanismo Multilateral de Evaluación (MEM) de la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas (CICAD) se pretendía subsanar los vacíos de información en la región vinculados a investigaciones sobre incidencia y prevalencia del uso indebido de alcohol, así como del impacto de las experiencias de educación preventivas formales y no formales. El autor señala que esta dificultad referida a los vacíos de información estaría vinculada a la falta de coordinación interinstitucional, a la duplicación de recursos materiales y humanos; y a la inapropiada racionalización de los fondos asignados.

Monteiro (2013) agrega un aspecto importante a la problemática, planteando que quizá parte de la dificultad para reducir el consumo de alcohol se debe a los intereses de las industrias en detrimento de la salud pública. Considera necesario redoblar los esfuerzos para revertir las consecuencias del consumo problemático de alcohol. Lo anterior es compartido por E1, quien destaca que las empresas alcoholeras limitan el impacto del trabajo preventivo mediante la presión que ejercen a los gobiernos. Sin embargo, sugiere que con el alcohol hay que tomar medidas restrictivas similares a las tomadas respecto del tabaco. Se considera que el rol de la industria alcoholera es importante además, porque mediante la publicidad se promueve un mensaje diferente (y en algunos casos opuestos) al que se intenta promover desde diversos movimientos sociales, estatales. Ello sin duda repercute en el impacto de la prevención y en el cambio cultural que debería comenzar a generarse para que las estadísticas mejoren.

3.2 Algunos factores que inciden en el consumo de alcohol en la adolescencia

Vinculado con lo anterior, Sánchez Di Doménico (2014) realiza diversos aportes sobre los factores psicosociales que influyen en el consumo de alcohol en adolescentes, principalmente vinculados a la percepción del riesgo. Presenta diversos aspectos que inciden sobre el consumo: comunitarios, sociales, individuales, económicos, entre otros. Enfatiza en los aspectos psicológicos, sin desconocer la importancia de los comunitarios (sociedad de consumo, publicidad, grupo de pares) y políticos; que influirían en la precocidad en el consumo de alcohol y su accesibilidad.

E1 comparte la importancia de trabajar en la percepción del riesgo, enfatizando en el rol de los medios de comunicación, los cuales *“atribuyen cualidades positivas al consumo, tales como socialización, alegría, fomentan el consumo como parte del ritual de fin de semana”*. E2

comparte la existencia de la asociación alcohol = diversión; pero señala que la baja percepción de riesgo se vincula a la naturalización, en la que se infiere que los medios de comunicación tienen responsabilidad. Menciona específicamente el vínculo del consumo de alcohol a determinados puntos de encuentro; por ejemplo, en reuniones. Ello está vinculado con los rituales que mencionaba E1.

Se destaca como posibles factores de protección / riesgo ante el consumo de alcohol, las modalidades vinculares que el adolescente establece en la familia y con el grupo de pares. Situaciones tales como las creencias positivas en torno al consumo; y la “supervisión inadecuada y falta de apoyo por parte de los padres se asocia de forma significativa a una iniciación temprana en el consumo de alcohol” (Visa, Campo, Carpintero, & Soriano, 2009, p.119). Además, se destaca como factor de riesgo la “*presión negativa del grupo de pares, la inadecuada utilización del tiempo libre, desordenes psicológicos, severidad en el uso de drogas, rendimiento escolar, disfuncionalidades familiares*” (Forselledo, 2002, p.9).

Ambrosi et. Al (2011) se cuestionaron si el tener un proyecto de vida incide en la edad de inicio al consumo de alcohol y tabaco, concluye que no sería un factor de incidencia. Se sostiene que la principal razón para el inicio de consumo de alcohol es la experimentación, ello estaría directamente relacionado con las características de la adolescencia como momento evolutivo (tal como señalaban Delgado, Parra Jiménez, & Queija, 2008) dónde el sujeto termina de definir su identidad y pretende la aceptación del grupo de pares (Ambrosi et. Al., 2011). Lo anterior interpela a Fernández Galeano (2002), quien sostiene que se debe prevenir fomentando hábitos de vida saludables, de manera que se distraiga la atención de las drogas, ya que considera que el acercamiento a las sustancias está relacionado con ausencia de proyectos de vida.

Se destaca la importancia de reducir la oferta y la demanda de adolescentes, tomando como referencia a Manguera, Guimarães, Manguera, Fernandes & Lopes (2015), quienes puntualizan que para ocuparse de este problema en la adolescencia necesariamente requiere intensificar las políticas y programas que permitan el control social de la oferta, el acceso a las bebidas, además de la sensibilización (individual y familiar). No solo se considera necesario la respuesta reglamentaria a la situación, sino el control, la fiscalización, y la articulación con programas de sensibilización, promoción y prevención.

3.3 Consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia

E2 da cuenta de la magnitud del impacto del consumo de alcohol señalando que su uso impacta en todos los ámbitos: familiar, laboral, educativo, legal, salud. Pero que en el adolescente “tiene un plus” vinculado a la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Si bien hay características propias de la adolescencia que pueden facilitar el consumo de alcohol, también es cierto que el consumo de sustancias (particularmente el consumo abusivo) puede interferir en el desarrollo del adolescente (Espada, Botvin, Griffin, & Méndez, 2003).

Uno de los ámbitos de incidencia del consumo abusivo/problemático de alcohol en la adolescencia es a nivel del desarrollo neurológico del cerebro, tal como ha sido mencionado previamente. Se puede llegar a sufrir alteraciones que podrían tener impacto a nivel psicológico y comportamental; viéndose afectadas funciones tales como el aprendizaje, la regulación emocional y el seguimiento de normas. Es necesario tener presente que afecta a la corteza prefrontal lo cual dificulta a las funciones ejecutivas; funcionando como un desinhibidor. Algunas investigaciones también lo asocian a consecuencias en el hipocampo, siendo afectada la memoria y el aprendizaje (Delgado et al., 2008); de ahí las popularmente conocidas “lagunas mentales” en las cuales la persona no tiene recuerdo de determinadas situaciones.

Algunas de las consecuencias físicas a corto plazo más claras son las intoxicaciones agudas y la asunción de conductas de riesgo. Con respecto a las consecuencias a largo plazo, los discursos varían: desde la vinculación del consumo de sustancia y el fracaso escolar, a problemas conductuales y a depresión. Por otra parte, otros estudios consideran al consumo experimental o moderado de alcohol como una conducta esperable del adolescente; y que además puede llegar a ser considerado un indicador de un buen ajuste del sujeto al momento evolutivo (Delgado et al., 2008).

Sumadas a los impactos anteriormente mencionados, E1 menciona algunos vinculados al consumo de alcohol en la adolescencia tales como: el abandono estudiantil, delitos, violencia, inasistencias a clase, falta de motivación.

4. Estadísticas en Uruguay

En la IV Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media (2010) se señala que:

Ocho de cada diez estudiantes han experimentado con alcohol alguna vez en su vida.

En el inicio de la trayectoria en secundaria, el consumo de alguna vez en la vida alcanza al 70%; al finalizar casi la totalidad de los estudiantes lo han hecho un 95% (...) en promedio antes de llegar a los 18 años solo el 5% de los jóvenes escolarizados no han probado alcohol alguna vez en su vida.

Más de la mitad de los estudiantes han consumido alcohol en los últimos 30 días mientras que los consumidores actuales son el 39% de los estudiantes de segundo año del ciclo básico; alcanzan al 64% de los que cursan primer año de bachillerato diversificado, lo que conforma el salto más importante en el consumo actual, y al 74% de los jóvenes de tercer año de bachillerato diversificado (Ambrosi et al., 2011, p. 8).

En la V encuesta sobre Consumo de Drogas en los Hogares (15 a 65 años) se señala que el alcohol es la droga más consumida, que la edad de inicio es precoz: el promedio es 13 años en adolescentes, indiferentemente del sexo (Sánchez Di Doménico, 2014. Entre los más jóvenes la edad de inicio es de 12.8 años (Rossi et al., 2012) identificándose el alcohol como la sustancia de inicio a posteriores consumos y señalando que un 14% de los estudiantes afirmó haber experimentado con alcohol antes de los 12 años. Ello es congruente con la afirmación de que *“El inicio precoz en el consumo de alcohol es uno de los principales predictores del consumo abusivo posterior”* (Delgado et al., 2008, p. 155). Ello es así en función de que se entiende que el uso de drogas es un proceso, y que el consumo de alcohol es un punto clave donde se requiere intervenir preventivamente (Secades, 1999).

En la VI encuesta sobre el consumo de sustancias en Educación Media, realizada por el Observatorio Nacional de Drogas en articulación con la JND se observa:

Casi 2 de cada 3 estudiantes consumió alguna droga en los últimos 12 meses.

El 60% de los encuestados afirmaron que la droga consumida fue alcohol.

El 67,5% de los encuestados afirma haber sufrido un abuso de ingesta de alcohol en los últimos 30 días.

No hay diferencias significativas en lo referido al sexo.

(Observatorio Nacional de Drogas & Junta Nacional de Drogas, 2014).

Con respecto a lo anterior, en el libro *“Sobre ruidos y nueces”* se señala que:

El 14% de los jóvenes experimentó con esta sustancia antes de ingresar al ciclo secundario, esto es, antes de cumplir 12 años; en tanto que al llegar a los 13 años casi el 44% lo hizo (Suárez & Ramírez, 2011, p.22).

No hay diferencias respecto de la edad de inicio entre Montevideo y el interior, tampoco en el sexo, ni en la preferencia a instituciones educativas públicas o privadas.

Uno de cada tres estudiantes tuvo uno o más episodios de abuso de alcohol en los últimos 15 días” (Suárez & Ramírez, 2011, p.26).

Ambrosi et al. (2011, p.31) realiza un aporte interesante en función de los estudios de consumo de alcohol en educación media, dónde se manifiesta que *“el 86% de los estudiantes consumen o han consumido esta droga en algún momento y un 14% nunca lo hizo. Un 63% comenzó a consumir entre los 12 y los 14 años”*. Además, destaca que *“un 51% de los estudiantes ha consumido alcohol 5 días en el mes”* (Ambrosi et. Al., 2011, p. 31); la cerveza aparece como bebida de preferencia, seguida del vino y whisky; y en general, consumen con el grupo de pares y los fines de semana.

Es claro desde una visión general sobre los datos que este comportamiento parece aumentar durante el trayecto educativo (ello también lo señala la OMS), no solo en la cantidad de personas que consumen, sino en la frecuencia, la intensidad y la graduación alcohólica de las bebidas (Rossi et al., 2012); produciéndose como es señalado, episodios regulares de abuso de dicha sustancia.

La cuestión referida a la progresividad en el consumo también es planteada por Barrón et al. (2008) señalando además de que ello genera en las familias y en la escuela una especial demanda a los equipos técnicos de acciones preventivas. Se considera que el señalamiento de la autora puede trasladarse a lo local. En lo que refiere a la Dirección de Adicciones de Maldonado, la demanda por parte de las instituciones educativas, de charlas y talleres de prevención ha aumentado progresivamente. Quizá ello esté relacionado con la progresiva reducción anual de la edad de inicio al consumo; si bien las estadísticas estipulan que es de 12.8 años, se tiene la percepción de que ha descendido.

La presente información indicaría la necesidad de trabajar en la prevención del uso problemático y reducción de riesgos y daños con adolescentes.

5. Marco legal

En 1996 se aprueba en Uruguay la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio de la CICAD, iniciando de manera conjunta los esfuerzos para elaborar modelos y metodologías dirigidas al trabajo en prevención primaria (Forselledo, 2002). Esta acción se ve continuada por “La declaración de Brasilia sobre políticas públicas para el alcohol” firmada en Brasil en 2005, de la cual Uruguay formó parte. Allí se acordó considerar al consumo como un problema prioritario en salud pública a nivel regional, de manera que debería fomentarse la investigación y la promoción de políticas públicas realmente efectivas que dejen de lado los intereses del mercado.

En esa misma publicación de su página web previamente mencionada (Junta Nacional de Drogas, 2012) se reconoce que si bien se han implementado leyes de restricción de uso y comercialización de alcohol, el control estatal no ha sido efectivo. En este sentido, es necesario tener en cuenta los aportes del primer entrevistado respecto a la necesidad de implementación de medidas restrictivas, señalando la falta de control estatal respecto de las leyes y normas vigentes. E1 manifiesta que si el control estatal existiera, pues él afirma que no se controla, los datos estadísticos mostrarían mejores resultados. Y como se señaló previamente, el impacto de las Políticas de promoción y prevención sería más eficiente.

Julio Calzada, Director en ese momento de la Junta Nacional de Drogas plantea ante lo previamente expuesto que:

La normativa está dispersa y los ejecutores del control también están dispersos. Hoy controla el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio del Interior, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, las intendencias y ahora también los municipios. Hay una gran cantidad de organismos que tienen potestad sobre esto y el control se hace casi imposible (Junta Nacional de Drogas, 2012, s.p).

Uruguay ya ha tomado algunas medidas normativas con respecto al consumo de alcohol, uno de los últimos avances fue la promulgación de la Ley N° 19.360 que establece que el límite de alcohol en el tráfico es de 0.0 ml de alcohol en sangre a partir de 2016. Vinculado con ello y articulando con Políticas Públicas, el E1 considera que *“la política de prevención no es muy buena porque solo está apuntando, lamentablemente en este momento, al tránsito (...) incluso puede ser negativa porque si solo opera en el tránsito, implica que tomar alcohol fuera del tránsito sea seguro ¿no?”*. Con respecto al trabajo en promoción-prevención, E2 señala que se está empezando a dimensionar que hay que tomar el específicamente la temática de consumo de alcohol y empezar a hacer Políticas Públicas claras al respecto; el camino para ello estaría delineado en la Estrategia Nacional de Drogas 2016-2020 (principalmente el trabajo en la reglamentación).

Siendo observada estas dificultades normativas en Uruguay por parte del gobierno, en el año 2013 se presentó un proyecto de Ley al Parlamento que tenía por finalidad la regulación del consumo, distribución y expendio de bebidas alcohólicas dentro del territorio Uruguayo, actualmente continúa en revisión. La finalidad del proyecto es trabajar en la gestión de reducción de riesgos y daños en relación al consumo problemático de alcohol. Enfatiza en el cuidado de la población de alto riesgo, los adolescentes, de manera que las medidas sugeridas permitirían fomentar una manera diferente de vincularse con al alcohol.

Teniendo en cuenta que hasta el momento en que se difundió el proyecto de Ley no existía una estrategia Nacional sobre Alcohol, ni una regulación aceptable y controlable de la comercialización y sus límites (tal como lo mencionó Julio Calzada); se sugieren varias estrategias:

Disminuir la accesibilidad y los puntos de venta.

Brindar información y concientización social.

Regulación de la publicidad.

Reducción de daños.

Asegurar la asistencia sanitaria.

Nueva estructura tributaria.

Unificar la normativa respecto al alcohol, en alcance y jerarquía.

Vinculado al trabajo en promoción / prevención en salud, dicho proyecto de ley propone varias de las sugerencias que han sido viables en otros países, entre ellas la creación de un organismo llamado URBA (Unidad Reguladora de Bebidas Alcohólicas) quien entre sus diversas competencias deberá promover y coordinar planes y programas de prevención del uso problemático de sustancias.

Concomitantemente propone el trabajo en primaria y secundaria mediante la inclusión en los contenidos curriculares de acciones destinadas a la prevención del consumo problemático. Además de diseñar programas educativos que permitan el acercamiento de los padres como factor protector.

En observancia de la necesidad del trabajo preventivo respecto del consumo problemático de alcohol en la adolescencia, y de las dificultades puntuales de Uruguay al respecto, se considera necesario plantear algunas experiencias de otros países que podrían tenerse en cuenta.

6. Experiencia en otros países

En Brasil a partir de la década de los 80' se comienza a abordar la temática del uso de sustancias desde la perspectiva de Derechos Humanos y como un problema de Salud Pública. Ello determina que comparta con Uruguay, la inclusión en el área de salud mental.

Sus acercamientos al abordaje del consumo de sustancias comenzaron vinculándose al contagio de HIV mediante el uso de inyectables, lo que derivó en la estrategia de Reducción de riesgos y Daños. Desde esta perspectiva el consumo de alcohol siempre estuvo y seguirá estando en la sociedad, de manera que no puede ser eliminado, pero si reducidos los daños que acarrea su consumo (Machado & Boarini, 2013). En función de ello, la intervención a realizarse depende de cuál sea la demanda, y necesariamente requiere del diálogo y del vínculo entre los beneficiarios y los ejecutores de la intervención. Desde esta postura, la Reducción de Riesgos y Daños es una acción de prevención terciaria. La utilización de dicha estrategia permitió que un 23% de los beneficiarios realizaran algún tratamiento para la dependencia de sustancias. Además se entiende que debe ser pensada en relación a las particularidades de la sustancia y a las realidades sociales (Machado & Boarini, 2013).

Tomando en cuenta el relativo éxito que ha tenido la prevención terciaria en Brasil, y destacando que en Uruguay no se trabaja en reducción de riesgos y daños con adolescentes; se considera necesario incluirlo dentro de las mismas, siendo beneficiarios, por ejemplo de material informativo y talleres de prevención terciaria.

Algunas de las propuestas más utilizadas por parte del Brasil fueron: incluir la temática en la formación de los barman, orientar e informar sobre el consumo, la campaña "si bebo, no conduzco", la dispensación de agua potable en las discotecas.

Acciones similares se han tomado en Uruguay, mediante campañas puntuales para actividades tales como la noche de la nostalgia. Quizá la experiencia de Brasil respecto a incluir la prevención terciaria en la formación de Barman podría ser tomado en cuenta en Uruguay, sobre todo en Maldonado debido al aumento exponencial de trabajo en la temporada de verano.

Posteriormente, entre el año 2009 y 2011 se crea en Brasil un Plan de Emergencia como respuesta a la necesidad de facilitar el acceso al tratamiento y a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas. En el eje de promoción en salud, se propone trabajar con las poblaciones vulnerables, a saber: mujeres, adolescentes e indígenas. Las estrategias utilizadas fueron: actividades educativas en las escuelas, sensibilización a los directores, trabajar en

conjunto la sociedad civil con el gobierno para generar promoción y prevención en primera infancia (Mangueira et al., 2015). El trabajo en sensibilización a los docentes se viene realizando en Uruguay mediante el apoyo del área de prevención de la Junta Nacional de Drogas; no lográndose aún generar acciones de promoción y prevención en primera infancia (ni en adolescencia) debido a como se mencionó anteriormente, los programas, en general, tienen como destinatarios a mayores de 18 años. Y a que las regulaciones que limitan el acceso de alcohol a menores, tienen poco control estatal.

En Colombia se realizó un estudio piloto denominado “La Educación y la Prevención como Componentes Primordiales en la Actitud hacia las Políticas de Drogas” en el cuál se indagó la aceptabilidad de una muestra de ciudadanos respecto a las Políticas de drogas. Los resultados arrojaron que las personas tienen mayor aceptación por las Políticas de reglamentación, y ésta aumenta si el Estado demuestra compromiso en la prevención (López, Pineda, & Mullet, 2012). Esta experiencia muestra la importancia, que ya ha sido señalada por otros autores, de que exista un marco normativo y que además se controle su cumplimiento. Quien suscribe comparte los resultados de la investigación, y señala que si bien lo anterior es un primer paso necesario, debe ir articulado con programas y proyectos de trabajo en promoción y prevención, de manera que no solo se dificulte el acceso a la sustancia, sino que también se promueva el desarrollo de otras habilidades. E1 acuerda con dicha opinión, señalando con respecto a la propuesta de trabajo en Habilidades para la Vida de la JND, que está de acuerdo siempre y cuando se refuerce con otras acciones. Porque *“el consumo de sustancias, el consumo adictivo de sustancias, sobre todo, las Habilidades para la Vida no lo evita si no se complementan con otras políticas paralelas”*.

En dicha investigación se señala que las Políticas Prohibicionistas no son el camino, sin embargo Latinoamérica continúa implementando programas de esas características. Los resultados obtenidos mediante dicha metodología son Cinco: aumento del mercado negro, el desplazamiento geográfico, el desplazamiento de las sustancias, la estigmatización y la marginación (López et al., 2012). Por tanto, tiene coherencia que en Uruguay se haya desvinculado de dicho paradigma, acercándose al paradigma integral. Este último posee una mirada desde los Derechos Humanos, que se vincula con la “convivencia pacífica” de la que habla E2, el trabajo preventivo mediante el desarrollo de habilidades sociales parece tener sentido; y formaría parte de la prevención inespecífica (Secades, 1998)

Retomando la importancia del trabajo en el ámbito legal; en México en 2011 se crea la red regional de alcohol y salud pública; y en 2012 se proponen algunas recomendaciones para generar acciones específicas que permitan mediar el conflicto con las industrias alcoholeras y

controlar la comercialización de bebidas alcohólicas en la región. Algunas de esas medidas son la restricción del horario de venta y la limitación del grado de alcohol en sangre. Secades (1999) agrega que otras medidas que influyen en la oferta de alcohol son la restricción de la edad, días de venta y/o aumento de precios.

Paralelamente se señala que el control por parte del sistema legal es débil (Monteiro, 2013); y el consumo tiene una iniciación cada vez a edades más tempranas, al igual que el uruguay; esto determina en los adolescentes síntomas de abuso y dependencia (Medina Mora et al., 2010).

Algunas de las acciones realizadas como medida de reducción de daño han sido:

(...) aumento de precios e impuestos, reglamentación de la disponibilidad física del alcohol, modificación del escenario del consumo, medidas para contrarrestar la conducción de automóviles bajo los efectos del alcohol, regulación de la promoción del consumo, estrategias de educación y persuasión, y servicios de intervención temprana y tratamiento (Medina Mora et al., 2010, p. 375).

Más allá del esfuerzo en la generación de Políticas Públicas que aborden la temática, no se han logrado los mejores resultados debido a que las mismas no se encuentran integradas. Por ende, señala que es necesario que previo a la implementación de estas políticas se realicen análisis de costo-efectividad, de manera que haya un equilibrio (Medina Mora et al., 2010).

En base al estudio de costo-efectividad que realizó la autora sobre las diferentes Políticas Públicas realizadas en México; las que tuvieron mayor equidad entre costo beneficio fueron:

El incremento en un 50% de los impuestos a las bebidas alcohólicas

El incremento de otros impuestos

La reducción de la oferta

La prohibición de la publicidad de consumo de alcohol

Intervenciones breves en el Primer Nivel de Atención

Espirometrías esporádicas a conductores

Son diversas las combinaciones de las anteriores medidas que se pueden analizar para determinar cuáles generan la mayor efectividad. La mejor de las intervenciones es combinar el incremento de impuestos, sumado a aumentar las intervenciones breves, controlar la publicidad y reducir la accesibilidad a la sustancia (aumentando la edad en la que se puede comprar, el horario de venta, la cantidad de puntos de venta y fomentando la responsabilidad del expendedor) (Medina Mora et al., 2010).

Con respecto a lo anterior, Monteiro (2013) comparte la opinión. Sostiene que es necesario trabajar en la identificación rápida y en las intervenciones breves, y las mismas deben estar integradas al Primer Nivel de Atención, situación que aún no se ha logrado en América Latina. Por lo tanto se hace necesario la capacitación de profesionales en la temática y además la generación de cambios en la organización y cobertura de los servicios.

Algunas de las acciones mencionadas son tomadas en cuenta por el proyecto de Ley que se encuentra actualmente en el parlamento, destacando las propuestas de reducción de la oferta y de publicidad. Se destaca que una de las acciones concretas que se pretende realizar en Uruguay está vinculada a extender la limitación de la publicidad que promueve el consumo de alcohol, no solo a nivel televisivo, también radial, en espectáculos deportivos, entre otras.

En relación a la publicidad, España comparte una situación similar a la de Uruguay en relación a la publicidad de bebidas alcohólicas ya que *“aunque la misma tiene restricciones, en muchos casos no se cumplen”* (Visa et al. 2009, p.119). El autor señala que la coexistencia entre la aceptación social del consumo y la publicidad que lo fomenta, contrarrestando algunos de los intentos por generar acciones de promoción – prevención (Visa et al., 2009). Ello también fue señalado por E1 previamente.

Son varias las investigaciones que dan cuenta de la publicidad como uno de los factores que inciden en la baja percepción del riesgo, en la medida que incita a consumir. En la investigación “Prevención del alcoholismo e inversiones Publicitarias en España” se afirma que los gastos publicitarios asociados al consumo de alcohol permanecen altos desde 1995 y se dirigen principalmente a los jóvenes. En menor cantidad aparecen publicidades enfocadas a la prevención. Por lo tanto, se hace necesario tomar medidas que protejan a esta población vulnerable (Montes & Castro Rial, 2009).

Lo anterior se ve reflejado en sus estadísticas sobre el consumo en jóvenes españoles de 14 a 18 años, las cuales señalan que el 55% de ha tenido un uso abusivo de alcohol alguna vez y el 22% de los estudiantes beben todos los fines de Semana. (Montes & Castro Rial, 2009).

Luego de la retirada de la Ley reguladora del alcohol se lograron algunos cambios positivos:

Compromiso por parte de la Asociación Editora de Diarios Españoles, agrupadora de más de 90 cabeceras editoriales de diarios en España, para no exhibir anuncios de alcohol en las cabeceras y últimas páginas de los Periódicos

Ciertas agencias publicitarias, clientes de la industria alcoholera, diseñaron campañas sobre el consumo responsable de alcohol, dirigidas fundamentalmente a jóvenes (Montes y Castro Rial 2009, p.3)

Este último aporte debería ser considerado para Uruguay de manera que en vez de prohibir la publicidad sobre el alcohol, se realice con una mirada preventiva.

Por otro lado, en relación a la promoción en salud han sido señalados algunos resultados mediante la modalidad de charlas y talleres: la misma parecería no ser la más adecuada. No se ha logrado establecer conexiones entre el conocimiento, cambio de actitudes y la conducta de beber. Si bien la estrategia informativa puede llegar a ser una herramienta más a considerar, la misma no ha demostrado influir en el cambio de conducta respecto del consumo, y si lo hace es durante un tiempo reducido (Secades, 1998). E2 comparte lo anterior señalando que:

Los países que midieron los planes de prevención pudieron medir que la situación puntual de intervención donde un técnico expone una situación de consumo o de las drogas en sí no tiene ningún efecto preventivo, que para que la prevención suceda tiene que suceder por proceso y que por tanto, un técnico que viene a intervenir por una vez no tiene ningún impacto.

En España casi un 73% de los estudiantes afirmaban haber recibido información en el centro educativo sobre los efectos y los problemas asociados a la sustancias; aún así los consumos problemáticos continúan en aumento (especialmente las borracheras). Se observa que quizá lo anterior no quiere decir que las charlas y talleres sean inútiles, ya que hay autores que señalan la importancia de la sensibilización e información. Quizá lo importante sería visualizar que esa estrategia por sí sola no es efectiva.

En función a la baja percepción del riesgo de los estudiantes españoles señalada previamente, Visa et al., (2009) proponen que las intervenciones que se realicen en el eje promoción-prevención deberían fomentar las Habilidades Para La Vida. De esta manera se estaría más preparado en las diversas situaciones de riesgo, además de que ayudarían a alcanzar cierto bienestar psicosocial (mantener relaciones sociales saludables con iguales, con la familia, y en los demás contextos donde la persona se desenvuelva) y además; a problematizar la ecuación tiempo de ocio = consumo.

Para Visa et al. (2009), las intervenciones deberían comenzar en los primeros años de escolarización y debería estar fundamentada en cuatro ejes:

Optimización de los mediadores de personalidad: aumentar la autoestima, potenciar el control interno.

Cognitivos: trabajar sobre las falsas creencias, fomento de actitudes menos permisivas/favorables hacia el consumo.

Afectivos: fomento de autocontrol y empatía.

Instrumentales: habilidad para tomar decisiones.

Forselledo (2002) comparte la necesidad de que el trabajo en prevención y promoción comience desde edades tempranas en tanto considera que la atención preventiva (en particular dirigida al uso problemático de drogas) debería tener carácter universal por razones de equidad y por tener características de bienes públicos. Es importante para lograr el objetivo que se fortalezcan los factores de protección, se reduzcan los riesgos y se formen agentes comunitarios de prevención (líderes jóvenes, consejeros escolares, educadores y padres de familia, trabajadores de la comunidad, entre otros).

Algunos de los programas implementados en España para trabajar en la prevención con la población adolescente son:

Life Skills Training. (...) Programa multimodal para la prevención del abuso de sustancias, y que mostró reducciones pequeñas pero significativas en el consumo de alcohol y un número menor de episodios de embriaguez referidos por los propios adolescentes. (Sánchez Ventura & Grupo PrevInfad/PAPPS, 2012, p.338).

Dicho programa fue originalmente desarrollado en EE.UU por Botvin y Cols (1990) en 56 escuelas de Nueva York y se basa en el modelo cognitivo - conductual. La finalidad del mismo fue el trabajo sobre el desarrollo personal y aumentar la autoestima y las habilidades sociales, principalmente las habilidades de afrontamiento y manejo de la ansiedad. Además, tiene un componente informativo. Se utilizaron técnicas de modelado, de ensayo de conducta, feedback, el reforzamiento y la tarea en la casa. Las experiencias se evaluaron durante tres años, obteniendo resultados positivos (Secades, 1998).

Otro de los programas preventivos a destacar en EE.UU fue la experiencia de Donaldson y Cols en 124 escuelas de California. Se abordó mediante la combinación de tres

estrategias: información sobre las consecuencias físicas y psicosociales del consumo en la adolescencia, educación normativa que contrarreste la presión social (trabajo sobre creencias) y por último el entrenamiento en habilidades de afrontamiento que permitan enfrentar situaciones de ofertas de consumo. Los resultados señalaron la eficacia del trabajo en habilidades sociales (Secades, 1998).

También existen experiencias de prevención, por ejemplo, el Programa de Desarrollo Positivo para jóvenes (desarrollado por Caplan y Cols., 1992) que también tiene por objetivo el desarrollo de habilidades personales y sociales durante 20 sesiones. Consta de seis unidades: manejo de estrés; autoestima; entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones; información sobre las consecuencias del uso de sustancias, entrenamiento en habilidades de comunicación y de resistencia a la presión, y conocimiento y uso de recursos sociales cercanos. Se trabaja con técnicas instructivas, discusiones en clase, material audiovisual, lectura de publicaciones en los diarios, confecciones de pósters y tareas para la casa.

Retomando la experiencia de España, se han llevado a cabo otros programas preventivos:

Programa STARS, que es una intervención centrada en la familia y en la escuela y que informa de reducciones en el consumo de alcohol estadísticamente significativas respecto a los controles. (...) (Sánchez Ventura & Grupo PrevInfad/PAPPS, 2012, p.338).

Programa de fortalecimiento familiar (...) consiste en un programa de siete sesiones semanales de dos horas cada una dirigidas a padres y adolescentes en conjunto y basadas en el modelo biopsicosocial (Sánchez Ventura & Grupo PrevInfad/PAPPS, 2012, p.338).

Este último programa destaca en su formato la importancia de la familia como factor protector en relación al consumo, el cual fue señalado en la presente monografía y además, trabaja en conjunto con padres e hijos, en vez de abordarlo por separado o trabajar únicamente con el adolescente.

La importancia de la familia es señalada también por el equipo técnico compuesto por Margarita Barrón, Santos Revol & Marcelo Carbonetti. Realizaron una experiencia en Argentina de prevención denominada "Bienestar o consumo – Abuso de alcohol". El equipo de trabajo propone el abordaje mediante la dinámica de taller grupal de manera que se trabaje en tres niveles: familia, adolescente, docente. Posteriormente se genera una instancia de discusión en conjunto que propicie la creación de un consenso. Los temas con los que trabajaron fueron: *"¿Qué sabemos del alcohol? ¿Qué nos preocupa en relación al bienestar vs el consumo de*

alcohol – abuso de alcohol? ¿Qué dificultades se nos presentan? ¿Cómo podemos resolver estas situaciones?” (Barrón et al., p.145, 2008).

En función de la reproducción de dicha experiencia en diversas escuelas de Córdoba se generan algunas propuestas para las instituciones educativas que deberían ser graduales, de forma paulatina y progresiva y; además deben incluir a los adolescentes, a la familia y a la institución (Barrón et al., 2008). En el caso de los adolescentes las acciones propuestas se vinculan a aumentar sus espacios de participación en actividades y grupos sociales, talleres de asistencia libre, análisis de publicidad y música, entre otros. Con respecto al trabajo con padres se propone el trabajo mediante talleres que incluyan la participación de profesionales, la formación de grupos de trabajo y; la formación de redes de contención. En el ámbito institucional se sugiere la realización de los talleres en diversas asignaturas de diferentes cursos y niveles; enfatizando en los alumnos de primer y segundo año; incluir la temática en la currícula (al igual que lo sugiere Forselledo, (2002), y Visa et al. (2009)), incluir programas nacionales preventivos en la institución educativa, reevaluar las normas y reglamentos institucionales en caso de que exista una situación de consumo dentro de la institución (Barrón, et al., 2008).

Otra estrategia de trabajo preventivo son las Coaliciones Comunitarias Anti-Drogas de América CADCA. Dicha estrategia propone un abordaje diferente de la prevención, desde una perspectiva de trabajo con la comunidad. En Estados Unidos (y otras partes del mundo) se viene realizando el trabajo en prevención desde el trabajo con coaliciones comunitarias; existen alrededor de 5000 coaliciones; y dicha metodología se ha extendido a 22 países (entre ellos a Uruguay).

Una coalición comunitaria es:

(...) un arreglo formal para la colaboración entre grupos o sectores de una comunidad en el cuál cada grupo retiene su identidad pero todos se comprometen a trabajar colectivamente hacia una meta común de construir una comunidad segura, saludable y libre de drogas (...).

No todos los programas de prevención o iniciativas son coaliciones. Las coaliciones crean y requieren profundas conexiones con la comunidad local y sirven de catalizadores para cambios en su comunidad. Las coaliciones no son administradas por organizaciones externas ni son organizaciones de servicios humanos o sociales (CADCA, 2005, p.5).

Esta estrategia propone a la comunidad cierto nivel de empoderamiento en tanto permite la representación y participación de todos los sectores sociales desde un rol activo, permitiendo el abordaje de los problemas locales, la búsqueda de soluciones que permitan la utilización de sus propios recursos, y la posibilidad de abordar diversos temas.

El lineamiento del que parte esta metodología es que modificando las condiciones locales (ya sea del entorno, normativos, entre otros) y habiendo identificando previamente los factores que promueven el uso y abuso de sustancias, mediante su marco de prevención estratégica se logra la reducción y la prevención del consumo de sustancias (CADCA, 2014).

Secades (1999) menciona la importancia de que dentro de las medidas preventivas referidas al control de la demanda se pueden generar acciones vinculadas a cambiar condiciones sociales que faciliten el acceso al consumo. Por ejemplo vinculado al tiempo de ocio mencionado previamente, se pueden generar cambios a nivel local que permita que los jóvenes utilicen de otra forma su tiempo libre; promoviendo la incorporación de grupos, organizaciones e instituciones, optimizando las redes de apoyo social, entre otros. Para que se genere, es necesario contar con agentes comunitarios que tengan influencia sobre la comunidad, ello también es señalado por E2.

7. Uruguay – Maldonado

Retomando el foco en Uruguay, Romani et al. (2010) señala que desde el año 2009 el gobierno en coordinación con la Junta Nacional de Drogas trabaja en promoción en salud, prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños. La línea de trabajo en prevención estaría enfocada en el paradigma de reducción de riesgos y daños, puntualmente con programas tales como “Cuidáte y Disfrutá”, “Eventos cuidados”, “Free Pass” (Ministerio de Salud Pública) o intervenciones puntuales en eventos masivos o eventos puntuales tales como la noche de la nostalgia, cuyo público objetivo no son adolescentes.

Además se menciona al Plan Ceibal como una herramienta con la cual se han generado programas de prevención en drogas. Con respecto a ello, E2 comenta que actualmente el trabajo con Ceibal se dirige a la creación de foros de discusión para docentes y difusión de material.

E1 manifiesta no conocer ningún programa a nivel nacional, ni en Maldonado, que esté trabajando en el eje promoción- prevención dirigido a adolescentes. Considera que solo se ha trabajado en el tránsito; y que al contrario de prevenirse, se promueve el consumo desde diversos lugares. E2 también manifiesta no conocer ningún programa preventivo que sea promovido por el Departamento de Maldonado. Pero que puede existir alguna experiencia que se lleve a cabo a través de los FIL (fondo de iniciativa local) mediante la ONG DIANOVA, quienes también trabajan en el ámbito educativo.

Con respecto al trabajo preventivo, la END 2016-2020 pretende desarrollar un sistema integral que coordine los esfuerzos de los diversos actores involucrados: ámbito educativo, laboral, familiar, y comunitario, así también como el trabajo con personas con uso problemático de drogas, que tenga además especial énfasis en las poblaciones vulnerables (JND, 2016).

Sin embargo, E2 tiene referencias sobre el trabajo preventivo a nivel nacional. Comenta que actualmente el programa está trabajando en prevención con habilidades sociales en la educación y con reducción de riesgos y daños, ello también es señalado en la END 2016-2020. En nocturnidad se trabaja con reducción de riesgos y daños; esto se logró mediante un acuerdo con la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y está propuesto para todo el territorio nacional y tiene como beneficiarios a estudiantes desde primaria hasta la finalización de secundaria.

Para el trabajo en prevención, comenta E2:

(...) se utilizan herramientas concretas que son vivenciales, que son por modelado y que básicamente le proponen a la comunidad educativa el acercarse a un modelo de herramientas que sirvan para trabajar en aula (...) se realizan talleres dónde se convoca a docentes y referentes de la comunidad y se trabaja mediante dinámicas corporales, lúdicas, que permiten desplegar las habilidades para la vida. El primer taller es de transferencia metodológica, el segundo taller es de fortalecimiento del primero y posteriormente puede haber alguna instancia virtual de formación.

Comenta además, que el impacto de estos talleres comenzó este año y se miden mediante dos vías: cuantitativa (cantidad de personas que asisten al taller, género, localidades, cantidad de talleres que se hacen por departamento) y cualitativa (evaluación realizada por el docente luego de haber participado).

Desde la JND, señala E2, “(...) *quién tiene impacto y quien tiene vínculo y quien tiene potencia para poder trabajar, es quien trabaja en territorio*”. Entonces se decide que sean los docentes o los técnicos que están trabajando en territorio con la población (niños y adolescentes) quienes deben tomar las herramientas y también quienes tengan acercamiento a la temática, para poder empoderarse y luego generar intervenciones. Se observa la dificultad de que se apela a que el agente educativo, comunitario o de salud se capacite “por fuera” de su formación académica.

En general los centros educativos no suelen tener recursos humanos formados en la temática, lo cual dificulta su abordaje. El acceso a las capacitaciones es abierto y voluntario, y no se exige como contrapartida la aplicación de las técnicas aprendidas. Esto determina que no necesariamente las capacitaciones generen intervenciones prácticas de las personas capacitadas, y si las hay tiene un impacto limitado debido a que no son programas

longitudinales de trabajo, sino herramientas prácticas que ayuden al referente a abordar la temática puntualmente.

Al menos en el Departamento de Maldonado, se observa que no se trabaja (o se trabaja poco) con niños y adolescentes menores de doce años en promoción, así como tampoco se trabaja en reducción de riesgos y daños. Funciona únicamente en verano el Programa “Cuidáte y Drisfrutá” que trabaja desde la línea de Gestión en Reducción de Riesgos y Daños en relación al consumo de alcohol y cannabis, cuyo público objetivo son personas mayores de 18 años.

Dichas herramientas podrían llegar a funcionar como apoyo para avanzar hacia un programa integral a nivel nacional de prevención- promoción en salud que sí pretenda tener objetivos concretos, medibles, a corto y largo plazo. Es necesario pensar las estrategias de promoción - prevención que existe actualmente en Uruguay en función de las particularidades del consumo.

8. ¿Cómo formalizar las experiencias en programas concretos?

La experiencia indica que no sería viable una Política Pública prohibicionista, sino que debería tener un abordaje integral. Es necesario trabajar el vínculo que el sujeto y/o sociedad establece con la misma, de manera que como señala Visa et. Al (2009) se pueda convivir con la sustancia sin establecer necesariamente un vínculo dependiente o problemático.

Si entendemos al consumo de sustancias como un problema de Salud Pública, tal como señala Fernández Galeano (2010), requerirá un enfoque intersectorial de base territorial (educación, comunidad, familia, salud, salud pública, medios de comunicación, seguridad pública, sociedad civil) y multidisciplinario.

Es fundamental comenzar a considerar la edad de inicio al consumo de alcohol a la hora de generar programas de promoción en salud, prevención de la enfermedad, y/o de reducción de riesgos y daños. Ello se debe a que los adolescentes y jóvenes estadísticamente usan y abusan de dicha sustancia, con los determinados riesgos y daños que implica. Pero además, el problema del consumo de alcohol es un problema que implica, (directa e indirectamente) a toda la sociedad.

Es necesario realizar una revisión de qué programas y proyectos existen en la actualidad o han existido en el pasado; qué recursos de abordaje se encuentran en territorio y qué impacto han tenido. Es importante articular y generar vínculo con los diversos organismos del Estado y organizaciones de la sociedad civil, poseer las herramientas adecuadas para la planificación de

Políticas Públicas y contar con profesionales capacitados para ello. Debe diseñarse un modelo de educación preventiva de carácter universal, así como un modelo de intervención focalizado y de corto plazo para los sectores más vulnerables y en riesgo social (Forselledo, 2002).

El trabajo en prevención requiere para Forselledo (2002) el trabajo en varias áreas: oferta (reducción de la oferta, medidas de control, legalización de la oferta), demanda (reducción de la demanda) y medios de comunicación (mediante el modelo motivacional o persuasivo debe fomentar la concientización sobre el problema y motivación para la acción).

Lo anterior podría ir articulado y complementado con la elaboración de un Plan Nacional de promoción y prevención; debido a que al parecer, las acciones concretas de promoción y prevención que se realizan están dispersas y son escasas; lo que repercute en el impacto y alcance de las mismas. Lo anterior es claramente señalado por Fernández Galeano: “En el debe podría decir que se carece todavía de una propuesta global, cultural, educativa para encarar desde una perspectiva más sólida, más estructurada, estos problemas” (2010, p.75).

Becoña (2002) comparte la importancia de que el programa preventivo debe tener por cometido implementar iniciativas que pretendan modificar y mejorar la calidad de vida de los sujetos, y señala que ello se lograría fomentando el autocontrol y la resistencia ante las ofertas de consumo; se infiere que el trabajo en habilidades para la vida sería una opción a tener en cuenta.

La modalidad de trabajo en Habilidades para la Vida fue señalada también por Visa et. Al. (2009), quien propone tomar como referencias las experiencias previas que fomenten los factores protectores frente al consumo. Además de concientizar sobre los riesgos y daños, neutralizar la presión fomentada por la publicidad, dificultando el acceso al alcohol en ciertas edades (medidas restrictivas), generando alternativas de ocio ante el consumo de alcohol. La propuesta de trabajar en los cuatro ejes planteados previamente, se consideraría adecuada para trabajar el vínculo que la persona establece con la sustancia. Lizardo Valdez comparte algún aspecto de lo anterior señalando que “estamos ante un fenómeno que tiene que ver con los vínculos y sus fallas y por lo tanto una red de contención parece ayudar” (Romani et al., 2010, p.32).

9. Centros de educación formal, el lugar.

Se destaca la importancia de la escuela como agente socializador y como “...espacios adecuados y necesarios para la prevención del consumo de alcohol adolescente” (Sánchez Di Doménico, 2014, p.17). Barrón et al. (2008), en función de su experiencia mediante talleres de prevención, comparte lo anterior.

Se observa la dificultad de que la temática no está incluida en la formación docente, por lo cual, deben capacitarse de forma externa a la currícula; ello determina que en general no se capaciten. Lo anterior no se dirige a responsabilizar a los docentes, pero si cuestionar cómo desde el Estado se propone trabajar la temática en el ámbito educativo, cuando en Uruguay los docentes no están capacitados en ello. Tal es el caso, por ejemplo de la Ley de Regulación de mercado de Cannabis, promulgada en diciembre de 2013, dónde menciona que se trabajará en el sistema educativo en la prevención del consumo de sustancias mediante la promoción de habilidades para la vida, sin profundizar demasiado en el cómo, quién y cuándo. Barrón (2008) también sugiere lo anterior mencionando como propuesta para el trabajo preventivo la necesidad (en el ámbito educativo) de formar una red de trabajo entre docentes, adscriptos y directores que para ello es necesaria la capacitación en la temática y la formación de grupos de discusión.

Se considera importante enfatizar sobre la importancia de trabajar y ejercitar el marco normativo con respecto al consumo de alcohol, para posteriormente trabajar el eje promoción – prevención. En la END 2016-2020 se señala que se fomentará el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en articulación con la JND para la normalización, control y fiscalización (JND, 2016).

El Proyecto de Ley que se encuentra en parlamento toma en cuenta varias de las sugerencias que han sido viables en otros países. Propone la creación de un organismo llamado URBA (Unidad Reguladora de Bebidas Alcohólicas) quien entre sus diversas competencias deberá promover y coordinar planes y programas de prevención del uso problemático de sustancias. Lo anterior se haría trabajando en primaria y secundaria mediante la inclusión en los contenidos curriculares de acciones destinadas a la prevención del consumo problemático, la necesidad de que la prevención inicie en edades tempranas ya ha sido mencionada anteriormente en la presente monografía. Se considera fundamental indagar sobre la forma en que se llevaría a cabo, de manera que no se usen metodologías que ya han demostrado no tener impacto. E2 manifiesta que no puede afirmar que la aprobación de la ley modifique la actual forma de abordaje (pensando en el ámbito educativo).

Otro aspecto a destacar del Proyecto de Ley es que se diseñarán programas educativos que permitan el acercamiento de la familia como factor protector.

Si bien se reconoce el problema que representa el uso problemático por parte de los adolescentes, además de reconocer la importancia del trabajo en prevención, se observa dificultades (al menos en Uruguay) en definir estrategias que generen impacto positivo. Por ende, queda como pregunta abierta a definir ¿A quién le corresponde?: ¿al sistema educativo? ¿a la familia? ¿Al Estado? ¿A todos?

E2 manifiesta:

Me parece que lo que al Estado le compete es empezar a trabajar fuertemente en Políticas Públicas Específicas de alcohol, pero me parece que también hay un compromiso de la sociedad de empezar a trabajar como sociedad desde una responsabilidad compartida (...) Desnaturalizar esto de prácticas que tenemos asociadas a determinados consumos (...) y trabajar sobre la baja percepción del riesgo. (...) El rol de la JND es de articulador con las diversas instituciones; y no de ejecutor.

10. Conclusiones

El consumo problemático de alcohol es un problema mundial de salud pública, y América Latina (8.4 litros per cápita), junto con Europa tienen las tasas más altas de consumo. Su uso está asociado a la causa de muerte de 2.5 millones de personas anualmente y cada vez más su consumo se vincula a las generaciones más jóvenes.

El consumo en Uruguay está plenamente integrado y legitimado y forma parte de todos los sectores sociales. La situación es tal, que La Junta Nacional de Drogas (2012) ha manifestado en su página web, que somos una sociedad alcohólica. Monteiro (2013) señala que a pesar de las alarmantes estigmatizaciones que ha realizado la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones, la problemática continúa teniendo baja importancia en los programas de salud en la mayoría de los países de América Latina. Es decir que las reglamentaciones del consumo, de la accesibilidad, de los impuestos, del control gubernamental, de la comercialización, de la publicidad, son escasas; por lo tanto es necesario el desarrollo de investigaciones al respecto. Además sostiene que es necesario trabajar en la identificación rápida y en las intervenciones breves, y las mismas deben estar integradas al Primer Nivel de Atención; situación que aún no se ha logrado. Por lo tanto, se hace necesario la capacitación de profesionales en la temática y además la generación de cambios en la organización y cobertura de los servicios.

Siendo conscientes de las consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia, se puede afirmar que cualquier abuso de alcohol en dicho momento evolutivo es consumo problemático, y por tanto requiere ser contemplado en las Políticas Públicas.

El trabajo en promoción y prevención requiere de un abordaje desde el paradigma integral, ello implica enfocar el trabajo de protección frente a la conducta adictiva y no en la sustancia. Requiere aprender a convivir con las diversas sustancias, para luego decidir qué tipo de vínculo se va a generar con ella; ya que si bien el uso experimental no es prevenible, el uso problemático si lo es.

El problema debe ser abarcado en la complejidad que implica y la respuesta sanitaria necesariamente debería abarcar los tres Niveles de Atención en Salud, y requiere de enfoques intersectoriales y multidisciplinarios. Son diversos los factores influyen en la problemática: legislativos, económicos (Intereses de las empresas, costo para el Sistema de Salud y el Estado, entre otros), Políticas Sociales, condiciones culturales (o contextuales), subculturales (grupo de pares, familia).

Si bien se comparte que la conformación de una ley unificada sea un paso necesario (ya que permitiría el control social, la oferta y limitar el acceso a las bebidas), las acciones para retrasar la edad de inicio y comenzar a implementar programas de promoción en salud y prevención de la enfermedad dirigida a adolescentes deberían comenzar a desarrollarse; ya que *“Actuar preventivamente sobre el uso inadecuado de alcohol por parte de los (...) adolescentes, puede ser la estrategia más adecuada para prevenir el uso de otras sustancias”* (Secades, 1998, p.79).

No basta solo con que exista un marco regulatorio, debe acompañarse de programas preventivos y de sensibilización, es necesario generar un cambio cultural muy grande para modificar los factores macro sociales que inciden en el consumo. Vinculado con lo anterior, se señala la falta de políticas públicas de promoción y prevención como una de las razones por la cual la edad de inicio al consumo de alcohol continúa descendiendo anualmente (accesibilidad/baja percepción del riesgo, falta de Políticas Públicas de Prevención/Promoción en salud, marco legal disperso, entre otras).

El diseño de una Política Pública vinculada al consumo de sustancias requiere de una revisión exhaustiva, se debe considerar los pros y los contras; los intereses en juego, las potencialidades y las limitaciones que el programa pueda sufrir. Se debe tener en cuenta las experiencias en otros lugares del mundo; sin perder de vista las particularidades de Uruguay.

Algunos de los ejes que podrían tomarse en cuenta para diseñar un programa de prevención en salud podría ser el trabajo en algunas áreas de significativa relevancia en la problemática. El primero de ellos es la familia, García del Castillo Rodríguez (2003) señala que para que la prevención de las adicciones sea efectiva, debe incluir la participación de la familia; esto permitiría que las intervenciones sean más eficaces y los resultados de las mismas aumenten. La familia funciona como un factor protector frente al consumo de sustancias. Y en aquellos casos donde la familia no es un factor protector (sino estresor), integrar a algún referente significativo para el adolescente; de ahí la importancia (como se señala en la presente monografía) de formar agentes comunitarios.

El segundo factor es la sustancia, parte importante del trabajo preventivo está vinculado a brindar información básica sobre las sustancias, sin caer en enjuiciamientos o discursos moralistas. Se considera importante que la persona acceda a conocimientos básicos sobre qué efectos generan las sustancias en el organismo, cómo actuar en caso de intoxicaciones agudas, algunas medidas de reducción de riesgos y daños en caso de que la persona decida consumir. Quizá esto se pueda generar mediante programas de sensibilización y principalmente, en la detección precoz mediante el sistema de salud o educación.

Por último, es importante el factor medio. El trabajo en red con los diferentes dispositivos, programas y proyectos dentro del ámbito comunitario es necesario al momento de trabajar en promoción en salud y prevención de la enfermedad, de manera que se pueda generar detección precoz de las situaciones y por lo tanto, brindar soluciones lo más adecuadas posibles.

Es fundamental además, generar y fomentar el uso de espacios recreativos en el ámbito comunitario que funcionen como referencia para los adolescentes y fomenten hábitos saludables. Lo placentero puede pasar por otras situaciones que no impliquen necesariamente el consumo de sustancias. Esto está vinculado a las sugerencias de los autores consultados, de repensar el vínculo con la sustancia y de desviar la atención hacia otras actividades que no sean el consumo.

Otro punto importante es el marco normativo. Teniendo en cuenta los resultados positivos generados en Uruguay con respecto al consumo de tabaco y la experiencia similar de México en relación al consumo de alcohol; parecería viable aprobar en Uruguay la Ley presentado al Parlamento en 2013 vinculada al alcohol. Es clave que se realicen las fiscalizaciones de carácter regular con respecto al adecuado cumplimiento de la misma, de lo contrario será difícil que se generen cambios respecto de los patrones de consumo, percepción

del riesgo, edades de inicio, entre otras. La mencionada Ley debería gestionar la propaganda del consumo de alcohol, ya que en ocasiones, los medios de comunicación contrarrestan las acciones preventivas. Un camino posible sería la divulgación de propaganda preventiva que busque desmotivar, disuadir, desalentar, desnaturalizar el consumo de alcohol.

La Ley propone el trabajo en Reducción de Riesgos y Daños y la inclusión de la temática en educación primaria y secundaria; sin embargo, es necesario definir de qué manera se realizaría y con qué metodología.

Una parte significativa de la revisión bibliográfica de la presente monografía sugiere que para el trabajo en promoción /prevención en salud, las Habilidades para la Vida serían adecuadas y deberían comenzar en los primeros años de escolarización.

.

En suma:

El consumo de alcohol representa un problema mundial de Salud Pública y América, junto con Europa es donde existe mayor consumo per cápita. Por lo tanto, la problemática debe ser abarcada en la complejidad que implica y la respuesta sanitaria necesariamente debería abarcar los tres niveles de Atención en Salud.

El consumo de alcohol en los adolescentes uruguayos es cada vez más precoz, por lo cual hace necesario realizar una revisión de qué programas y proyectos existen en la actualidad o han existido en el pasado con respecto a la temática; qué recursos de abordaje se encuentran en territorio, y qué impacto han tenido.

Es preciso unificar el marco normativo respecto del consumo de alcohol, no solo en alcance, sino también en jerarquía. Esto necesariamente debe ir acompañado de fiscalizaciones periódicas por parte del Estado.

El trabajo en promoción/prevención en salud debe comenzar desde edades tempranas y existen variadas experiencias que señalan que el trabajo en Habilidades para la Vida sería una forma viable de lograrlo.

11. Referencias Bibliográficas

- Ambrosi, M, De los Santos; M, Figueroa, N y Narvaja, N. (2011). Aproximación al perfil de los estudiantes de enseñanza media que consumen alcohol y tabaco en un centro educativo de Montevideo, año 2011. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Recuperado a partir de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/2356>
- Ashton, J. & Seymour, H (1990). La Nueva Salud Pública. Cap. 2, (17-43). Salud enfermedad Atención.
- Birkland, T. (2005). An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making. Second Edition. New Cork: M.E Sharpe.
- Barrón, M. (Comp.) (2008). Adolescentes incluidos, adolescentes excluidos. Cap.10 Trabajando con la comunidad educativa: Prevención del consumo-abuso de alcohol. 1ª Ed. Editorial Brujas. Córdoba: Argentina.
- Becoña, I. (2002) Bases Científicas de la prevención de las Drogodependencias. S/ED. Madrid: España. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Buela Candelaresi, M. (2014.). Estudio sobre la prevención familiar en el uso problemático de drogas: análisis de diferentes programas. Monografía. Recuperado a partir de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4453>
- CADCA (2005) Manual para las coaliciones comunitarias anti drogas. Instituto Nacional de Coaliciones Comunitarias. Recuperado el 02/05/ 2017de: [http://www.manantiales.org.uy/pdf/prevencion/Manual%20para%20Coaliciones%20Comunitarias%20Anti-Drogas%20\(CADCA\).pdf](http://www.manantiales.org.uy/pdf/prevencion/Manual%20para%20Coaliciones%20Comunitarias%20Anti-Drogas%20(CADCA).pdf)
- CADCA (2014) Manual para las coaliciones comunitarias antidrogas internacionales. Recuperado de: www.CADCA.org

Delgado, A., Parra Jiménez, A., Queija Sánchez, M. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. Recuperado a partir de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/32129>

Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=77808402>

Forselledo, A. G (2002) Uso indebido de drogas, derechos del niño y Políticas Públicas para la prevención. Segunda edición. Programa de promoción integral de los derechos del niño PRODER. Impreso en el Instituto Interamericano del niño: Montevideo. Recuperado de: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/OEA_Drogas_Derechos_Ninos_Pre_vencion_Politiclas_Publicas_Plan%20Estrat%C3%A9gico%20IIN%202000.pdf

García del Castillo Rodríguez, J. A. (2003). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades. SOCIOTAM*, 13(1) 143 163. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65413105>

Goldstein, A. (2003) Adicción: De la biología a la política de drogas. Barcelona: Ars Medica

Gutiérrez, M. L . (1997) La promoción en salud. En Arroyo, H. V & Cerqueira, M. T. (Orgs.) La promoción en salud y la educación para la salud en América Latina. San Juan: Puerto Rico.

Junta Nacional de Drogas (2012) Gobierno y empresas comienzan a analizar acciones contra el consumo de alcohol. Recuperado 3 de septiembre de 2016, a partir de http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=243&catid=14&Itemid=59

Junta Nacional de Drogas (2016) Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, período 2016 – 2020.

Lahera Parada, E. (2002). Introducción a las Políticas Públicas. Chile. Editorial Breviarios.

Recuperado 27 de abril de 2017, a partir de <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/politicapublica/435499296.Lahera-Parada-Introducti%C3%B3n-a-las-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas.pdf>

López, W., Pineda, C., Mullet, E. (2012). La Educación y la Prevención como Componentes Primordiales en la Actitud hacia las Políticas de Drogas. *Terapia Psicológica*, Diciembre-Sin mes, 119-126.

Machado de Freitas, C (2008) La vigilancia de la salud para la promoción de la salud. En D Czeresniay C Machado de Freitas (org). Promoción en salud: conceptos, reflexiones, tendencias (pp. 163, 184). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Machado, L.; Boarini, M. (2013) Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. 2013, vol.33, n.3, pp.580-595. ISSN 1414-9893. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_abstract&tIng=es

Mangueira, S. de O., Guimarães, F. J., Mangueira, J. de O., Fernández, A. F. C., Lopes, M. V. de O. (2015). PROMOÇÃO DA SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Psicología & Sociedade*, 27(1), 157-168. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p157>

Marchiori Buss, P (2008). Una introducción al concepto de promoción en salud. En D Czeresnia y C Machado de Freitas (org). Promoción en salud: conceptos, reflexiones, tendencias (pp. 19-46). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Medina Mora, M. E., García Téllez, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez Pérez, L., ... Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud mental*, 33(5), 373-378.

Monteiro, G. (2013) Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? Adicciones, vol. 25, núm. 2, 2013, pp. 99-105 *Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías* Palma de Mallorca, España.

Montes, S. & Castro Rial, M. (2009). Prevención del alcoholismo e inversiones publicitarias en España: una lucha de David contra Goliath. *Adicciones*, Sin mes, 203-206. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122899004>

Observatorio Uruguayo de Drogas & Junta Nacional de Drogas (2014) VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Recuperado a partir de http://www.sutabacologia.org.uy/secretaria/biblioteca/epidemiologia/6aencuesta_drogasenmedia_jnd_2014.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). Políticas Públicas para la salud pública. Informe sobre salud en el mundo. Recuperado 27 de abril de 2017, a partir de: http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2011) Global status report on alcohol and health. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2014) Global status report on alcohol and health. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No. 349 Alcohol. Suiza: OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Romani, M., Díaz, C., Vázquez, J., Gil, R., Costa, L., Fernández Galeano, M., Valdez, L., Calsada, J., Lagomarsino, E., Percovich. (2010). Aportes para una Política Pública en Drogas. Cogestión, responsabilidad compartida y descentramiento positivo.

Rossi, G., Carbajal Arregui, M., Bottrill, A. (2012) La previa. El consumo de alcohol entre los adolescentes. Guía para padres y educadores. Editorial Santillana SA: Montevideo.

Roth Deubel, A. (2002). Políticas públicas : formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C. Aurora Ediciones. Recuperado a partir de <http://190.242.114.8:8081/jspui/handle/11146/519>

- Sánchez Di Doménico, A. (2014). Aspectos psicosociales del consumo de alcohol en la población adolescente. Tesis de grado: Monografía. Recuperado a partir de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/5371>
- Sánchez Ventura, J., Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (2012). Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, Octubre-Diciembre, 335-342. Recuperado 17 de septiembre de 2016, a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638750009>
- Secades Villa, R. (1998) Alcoholismo Juvenil. Prevención y tratamiento. Editorial Pirámide SA. Madrid: España
- Suarez, H. y Ramírez, J. (Comps.) (2011). Sobre ruidos y nueces: Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia. Montevideo. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/201107_sobre_ruidos_y_nueces.pdf
- Torres, M (Comp.) (2005) Niños fuera de la ley. Niños y adolescentes en Uruguay: exclusión social y construcción de subjetividades. Editorial Trilce. Montevideo, Uruguay
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Visa, S. L., Campo, A. D., Carpintero, E., & Soriano, S. (2009a). Promoción De Recursos Personales Para La Prevención Del Consumo Abusivo De Alcohol. Recuperado 21 de febrero de 2017, a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726002>

12. Anexos

12.1 Entrevista 1

Director de centro de tratamiento en adicciones de Montevideo, Operador terapéutico en adicciones y encargado del curso de Operador Terapéutico en Adicciones. Cuenta con 21 años de experiencia en trabajo con familia y usuarios. Además posee amplia experiencia en la docencia y en el trabajo terapéutico.

12.2 Entrevista 2

Licenciada en Psicología, trabaja dentro del departamento de prevención de la Junta Nacional de Drogas, específicamente en el Área de Educación. Dicha área está encargada del vínculo con el sistema educativo formal; y con la comunidad educativa en general, incluyendo ámbitos educativos no formales.