UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL CONSUMO DEL ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE CICLO BÁSICO EN LA ENSEÑANZA MEDIA DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

Autor:
Psic. Gabby Recto Álvarez

Tutor:
Prof. Mg. Juan E. Fernández Romar

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2015

DICTAMEN DEL ACTO DE DEFENSA

Siendo las _____, del día _____del mes _____del año _____en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, este tribunal compuesto por:

Presidente: _____

Vocales: _____

Tutor: _____

después de evaluar la tesis del aspirante: _____

titulada: _____

y de evaluar la presentación y criterios del tesista, hace las siguientes consideraciones:

1. Sobre el acto de defensa.

_____

_____

2. Sobre las respuestas del tesista a los miembros del tribunal.

_____

_____

3. Sobre el cumplimiento de las normas de redacción y presentación.

_____

_____

4. Sobre la aplicación de la tesis y su contribución a la práctica social.

_____

_____

Por lo antes expuesto este tribunal acuerda otorgar la calificación de _____ al acto de defensa de la tesis referida y proponer a la Decana de la Facultad, que se le otorgue el título de MASTER EN: _____

a: _____

Recomendaciones: _____

Firman:

_____	_____	_____
Vocal	Vocal	Presidente

Dedicatoria:

A Ariel, Mateo, Germán y Julián,

hombres que supieron ser pacientes.

Agradecimientos:

A la generosidad que me brindó cada compañero y compañera de esta ruta, por tantos, pero tantísimos aprendizajes compartidos…

Resumen

Este estudio procura contribuir al diseño de estrategias de atención primaria de salud por medio de la descripción y caracterización de lo que saben, piensan, sienten y hacen los estudiantes del ciclo básico de enseñanza media con relación al consumo de alcohol. Mediante la instrumentación de grupos focales conformados por jóvenes de ambos sexos de primer y tercer año del ciclo básico de enseñanza media en instituciones públicas de la zona oeste de Montevideo (Uruguay), se buscó describir y caracterizar los conocimientos, actitudes y calidad de sus experiencias en relación con las bebidas alcohólicas. De este modo se pudieron determinar los principales factores de riesgo asociados al consumo adolescente de alcohol en Uruguay.

De las conclusiones a las que se han arribado cabe destacar que el consumo de alcohol es una práctica aceptada y naturalizada por la muestra considerada; solo su abuso fue percibido como un problema. Se pudo también observar que el consumo está principalmente asociado con situaciones recreativas y placenteras y que los jóvenes consideran que su ingesta se puede controlar sin mayores problemas. Las bebidas alcohólicas se perciben como una sustancia de fácil acceso, integrada a la vida familiar en la que se verifica un uso frecuente. La legitimidad familiar de su uso propicia la reproducción de diferentes formas de uso y abuso. Se sugiere integrar las distintas acciones preventivas a un proceso coordinado desde la perspectiva de educación para la salud, contemplando a todos los agentes que intervienen en el proceso de socialización de los jóvenes uruguayos.

Palabras claves: adolescencia, prevención, alcohol, representación social, educación secundaria.

Summary

This study seeks to contribute to the design of strategies for primary health care of students of the basic cycle of secondary education through the description and characterization of what they know, think, feel and do in relation to alcohol consumption.

By implementing focus groups made up of adolescents of first and third year of the basic cycle of secondary education in public institutions in the west of Montevideo (Uruguay) sought to describe and characterize the knowledge, attitudes and quality of experiences relation to alcoholic beverages. Thus it was possible to identify the main risk factors associated with adolescent alcohol consumption in Uruguay.

The main conclusions that we have arrived should be highlighted that alcohol is an accepted practice and naturalized by the sample considered; only its abuse was perceived as a problem. It also was noted that consumption is mainly associated with recreational and pleasant situations and that young people consider their intake can be controlled without problems. Alcoholic beverages are perceived as easily accessible substance, integrated to family life, where frequent use is verified.

The legitimacy reached by alcohol inside the families promotes the reproduction of different ways of use and abuse. It is suggested to integrate the different preventive process actions from the perspective of health education, looking at all the agents involved in the process of socialization of young Uruguayans.

Keywords: adolescence, prevention, alcohol, social representation, secondary education.

Nota de la autora

Desde que inicié —varios años atrás— este estudio para la obtención del título de Magíster en el marco del Programa de la Maestría en Primer Nivel de Atención en Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se han venido sucediendo una serie de acciones gubernamentales que colocan en la agenda nacional el tema del consumo de alcohol.

Dependiendo de la Presidencia de la República, la Junta Nacional de Drogas —órgano de carácter interministerial, encargado de definir las líneas de políticas de las distintas áreas referidas al tema drogas—, a través del Sistema de Información e Investigación sobre el consumo y oferta de drogas, ha elaborado diversas investigaciones que reflejan el consumo de drogas legales e ilegales existente en nuestro país.

Sobre la base de los documentos publicados por el Observatorio Uruguayo de Drogas, tomando los datos recolectados desde el año 2011 sobre el tema del consumo de alcohol, se elabora un proyecto de ley para su regulación, consumo y control de expendio (Montevideo, 31 de julio 2013). Dicho estudio sigue siendo motivo de estudio hasta el día de la fecha, generando debate ante la diversidad de posicionamientos políticos, económicos, ideológicos.

El actual escenario nacional se desarrolla con la presencia de una Comisión Multisectorial Reguladora de Consumo de Alcohol, creada por el actual presidente de la República, que avanza en medidas que buscan prevenir el consumo abusivo de esta droga, presentándolas ante el Senado para ser tratadas y aprobadas a la brevedad.

Posiblemente se impulse desde el gobierno la aplicación de nuevas estrategias de prevención del consumo del alcohol como proyectos, en la gestión de políticas públicas nacionales.

Tabla de contenidos

Resumen

1. Introducción

1.1. Antecedentes y fundamentación

1.2. Justificación del estudio

1.2.1. Motivación para la elección del tema

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

1.3.2. Objetivos específicos

2. Marco teórico-conceptual

2.1. El alcohol

2.2. La adolescencia

2.3. Alcohol y cerebro adolescente

2.4. Consumo y factores de riesgo asociados a la adolescencia

2.5. Prevención y educación para la salud

3. Aspectos metodológicos

3.1. Población

3.2. Tipo de estudio

3.3. Instrumento

3.4. Procedimiento

3.5. Aspectos éticos

4. Resultados

5. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Anexo 4

1. Introducción

El Estado, con la creación de Sistema Nacional Integrado de Salud apuesta a consolidar la accesibilidad universal a la salud de todos sus habitantes, derecho esencial de todo ciudadano.

Entendiendo a la salud como un bien social que se construye como resultado de la interacción de los diferentes sistemas humanos y la combinación de factores que se juegan en el cotidiano.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados, lo cual constituye una amenaza para la salud pública en la medida en que genera consecuencias negativas en todos los niveles: biológico, físico y psicológico en quienes lo consumen.

El informe también destaca que promediamente, las personas de 15 años o más beben anualmente cerca de 6,2 litros de alcohol puro.

El consumo de alcohol es un problema en los jóvenes de nuestro país y del mundo. Las investigaciones demuestran que el inicio en el abuso de alcohol es cada vez más precoz. Asimismo demuestran que ello se asocia a un mayor consumo posterior.

A partir de los datos de la última Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, se sabe que en Uruguay el 63% de los adolescentes que consumen alcohol lo hacen únicamente los fines de semana (JND OUD, 2011).

La manera que se valora y define la salud dentro de una sociedad tiene implicaciones directas sobre las políticas a desarrollarse en relación al alcohol. Si el enfoque se define ampliamente, las políticas sobre alcohol podrán ser diseñadas para

que más personas obtengan niveles óptimos de salud, considerando intervenciones proactivas. (Babor, 2010)

Como Heart (1984) ha observado, el alcohol puede ser al mismo tiempo un alimento, una droga y un artefacto cultural elaborado con significados simbólicos importantes.

La intoxicación por alcohol, la dependencia a éste, y sus efectos tóxicos sobre el organismo, vinculan al alcohol a consecuencias adversas. Se minimiza o ignora la naturaleza del agente y las propiedades perjudiciales.

La prevención de la intoxicación por alcohol puede ser una estrategia calificable para prevenir daños provocados por dicha sustancia. Requiriendo políticas prevencionistas de naturaleza variada y basadas en el entorno y en el contexto.

1.1. Antecedentes y fundamentación

El consumo de drogas ha estado presente en toda la humanidad. A lo largo de la historia, los individuos y las sociedades se han vinculado de maneras diversas con las sustancias, sus componentes y sus efectos.

En el Medioevo y en el Renacimiento el consumo de bebidas alcohólicas alcanzó niveles altísimos; en los monasterios se componían cantos religiosos exaltando el vino, y Mahoma prohibió severamente su ingesta.

Los primeros usos se presentan asociados a fines religiosos o espirituales, incluidos en actividades rituales y sociales específicas, quedando el consumo en un contexto íntimo y particular donde se ejercía el control social sobre él.

Escohotado (2008), en su enfoque histórico y fenomenológico sobre las diversas modalidades del uso de las drogas, expone que estas explican aspectos de la vida social,

deviniendo en mercancía a medida que las sociedades se industrializan, provocando prácticas de consumo poco reguladas.

La utilización del alcohol como bebida data de los inicios de la humanidad. Producto de la fermentación de sustancias vegetales, la inquietud investigativa del hombre primitivo hizo que bebiera el líquido resultado del depósito del agua de lluvia con alguna mezcla natural de frutas en estado de fermentación. Provocando la reproducción del fenómeno para obtener el preparado, potenció las cantidades, con el desarrollo de la alfarería, a partir de la cultura del neolítico.

El alcohol, medicina griega por excelencia, se recomendaba caliente para combatir la ptisis o el resfrío. Hipócrates lo incluía en las dietas en forma graduada, medida, combinada.

Entre la dieta de Hipócrates y el abuso de Herófilo, sus usos y abusos generaron grandes debates en la medicina griega, llegándose a considerar una droga peligrosa.

Entre los años 3000 y 2000 antes de Cristo, en la India se obtenía una bebida alcohólica llamada *sura* a partir de la destilación de arroz.

A partir de 1300, los viajes de Arnau de Villanova (1240-1311) a Barcelona, Montpellier y Valencia introducen el alcohol como desinfectante; es el primero que describe con detalle la elaboración de licores destilados.

De origen fenicio, el vino es adjudicado a Dioniso; este y la máquina de cerveza (Tooth) encontrada en la tumba de Tutankamón revelan la antigüedad de ambas bebidas.

Centro de fiestas dionisíacas, el vino se consumía en exceso, ya que era sinónimo de festejo. Los grupos de guerreros lo bebían para vencer el miedo, desafiando al rival en arriesgados actos heroicos. En la mitología griega se cuenta que este exceso de

consumo fue el que provocó el asesinato de Dioniso por los Titanes en estado de embriaguez, a quienes el padre de los dioses, Zeus, fulminó con un rayo justiciero.

En el Renacimiento su consumo se instala visiblemente en la cultura. En las obras de Shakespeare aparecen como protagonistas las tabernas renacentistas.

En la Edad Media, los monjes cristianos impulsan la destilación de las bebidas, motivados a encontrar esencias mágicas con aplicaciones medicinales, convirtiendo el vino en una de la materia de la eucaristía, simbolizando la sangre de Cristo, el hijo de Dios.

Es a partir del siglo XVIII que se consume alcohol en sus más variadas formas y usos a escala mundial.

En este siglo, en el Reino Unido el consumo de ginebra alcanzó los 68 millones de litros, a lo que antecedió el hecho de que el Parlamento inglés aprobó una ley que fomentaba el uso de cereales para la destilación, lo que provocó la inundación del mercado con bebidas de muy bajo costo (ley 25/1970 del 2 de diciembre).

En el siglo XIX se comienza a promover el uso moderado del alcohol, campaña que luego, en 1920, Estados Unidos convierte en prohibición total (ley Volstead).

Paralelo a ello, se crean organizaciones a favor de la abstinencia, surgiendo las primeras ligas antialcohol en Nueva York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813).

En las décadas de 1820 y 1830 se fundan este tipo de organizaciones en Europa, principalmente en Gran Bretaña y en los países escandinavos. La persistencia de la demanda de bebidas alcohólicas estimuló la producción en forma clandestina, provocando la organización del crimen en relación directa con ese negocio.

En el año 1933, la prohibición del alcohol se canceló.

En la civilización cristiana occidental, el alcohol es la droga preponderante y su uso, abuso y consumo es una práctica social que refleja las culturas y costumbres, guardando una función de comunicación y convivencia, especialmente como forma de relacionarse.

En la cultura consumista, el consumo problemático de drogas supone una sobreadaptación a la cultura ultraindividualista dominante; las drogas son una mercancía que asume las reglas de circulación del mercado.

En la cultura occidental, este objeto fetichizado se ha acercado a la cultura dominante, en la que los objetos cobran, aparentemente, valor en sí mismos (Bialakoswsky, 2004).

La frontera entre el perjuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en el viviente. Hablar de fármacos buenos y malos era para un pagano tan insólito, desde luego, como hablar de amaneceres culpables y amaneceres inocentes (Escohotado, 1989).

Nos referimos al consumo de drogas como un fenómeno complejo y heterogéneo, en el cual se incluyen una gran variedad de sustancias consumidas de diversas formas, en contextos variados, por diversas personas, originando situaciones más o menos problemáticas.

En este asunto que socialmente representamos como el *problema de la droga* se anudan fenómenos que comprometen simultáneamente la salud, la economía y la seguridad pública (Becoña, 1991; Fernández, 1999; Escohotado, 2008; Monteiro, 2010).

Las manifestaciones relacionadas hoy con el consumo de drogas pueden comprenderse vinculadas a un conjunto de valores políticos y culturales hegemónicos, funcionales a mecanismos de exclusión social y política de determinados sectores. La

distribución y acumulación desigual de capitales económicos, culturales y sociales genera grupos poblacionales con un entramado complejo de vulnerabilidades.

La criminalidad que comporta el narcotráfico es claramente intencional; utiliza la vulnerabilidad y fragilidad social y legislativa de algunos países para infiltrarse en los más consolidados (Cabrera R., Cabrera J. 1994).

En un mercado global resistente y lucrativo, de acuerdo con el Reporte Mundial de Drogas 2013 de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNID), 27 millones de personas en el mundo son usuarios problemáticos de drogas. En cuanto a Uruguay, las investigaciones del Observatorio Uruguayo de Drogas (en adelante OUD) de 2011 muestran un alto consumo de alcohol, que alcanza a 75 % de los 3,3 millones de habitantes. Alrededor de 23 % de esos usuarios presentan un uso problemático. Esos datos se mantienen constantes desde 2001 (OUD, 2011).

En la Estrategia Nacional de Drogas, elaborada por la Junta Nacional de Drogas (en adelante JND) el enfoque de salud pública constituye la base de la promoción, prevención y el trabajo comunitario, en una concepción integral de la persona y de solidaridad social (JND, 2011d).

En el año 2006, el Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP) realiza la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, considerándola una herramienta fundamental para la construcción de políticas de salud. Se realiza una encuesta de prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población adulta. Como uno de los ocho factores de riesgo seleccionados se identifica el consumo nocivo de alcohol, caracterizado por tener mayor peso en la morbimortalidad de las ECNT, ser pasible de ser modificado mediante acciones de prevención y contar con instrumentos válidos para su detección.

Los resultados obtenidos referidos al alcohol son los siguientes: el 52,6 % de la población se consideran bebedores actuales (consumieron alcohol en los últimos 30 días), un 17,4 % de los hombres y un 7,9 % de las mujeres presentaban abuso por ingesta de alcohol.

Desde punto de vista de la salud pública, el alcohol y el tabaco —las drogas más consumidas— son las sustancias que generan mayores repercusiones.

En la ordenanza 485 del 5 de julio del 2013 del MSP, se expresa:

> Resultando
> […]
> II) que conforme a datos estadísticos de que se dispone, el uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo, muerte y discapacidad, y está aumentando su ingesta especialmente en los jóvenes y edades más prematuras, lo que hace incrementar la población en riesgo de dependencia en un futuro […]
> […]
> VI) si bien en nuestro país el consumo per cápita es 6,3 litros de alcohol puro por habitante mayor de 15 (quince) años al año, algo superior al promedio calificado por estándares internacionales como medio, el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes lo hace ubicarse entre los países con alto grado de riesgos y daños derivados de este consumo;
> VII) que esto es especialmente grave entre los jóvenes, donde uno de cada tres tiene episodios de intoxicación los fines de semana […]
> La Ministra de Salud Pública resuelve
> […]
> 3.º) Que desde los Espacios Adolescentes se propenderá a:
> […]
> b) problematizar el consumo de alcohol en contraposición a la normalización del mismo, sobre la base de que las personas no dependientes resulta más fácil fomentar prácticas de cuidado […] (MSP, 2013)

El informe de investigación de la Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, realizado por el OUD (2011a), expresa que el alcohol es la droga más consumida por los uruguayos. Nueve de cada 10 personas de entre 15 y 65 años lo han probado alguna vez en la vida y tres de cada cuatro lo han consumido en los últimos 12 meses.

Ya en el informe realizado sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, el OUD (JND, 2011), expresa que, siendo el consumo una conducta adoptada por gran parte de la población uruguaya, surge la necesidad imperiosa de reflexionar acerca del uso de drogas legales y/o ilegales en nuestra cultura.

Respecto a generaciones anteriores, hace más de 20 años que las prácticas de consumo han sido modificadas. Se pasó del consumo familiar, que básicamente consistía en la ingesta para acompañar las comidas cotidianas, a un consumo cuyo fin principal es alcanzar el efecto psicoactivo de la sustancia.

Es así que el fenómeno del uso de drogas (incluidas las legales) reviste hoy una serie de cambios en las pautas y características, atribuyéndose a sus usos la búsqueda de placer en sí mismo (Cabrera, 2003).

Referido a los jóvenes, acompañando lo anterior, los hábitos de encuentro y salida han sufrido cambios. Se asocia a la idea de ingesta de alcohol, como sustancia psicoactiva posibilitadora de diversión y tiempo de ocio, "una estrategia de relacionamiento social basada en la manipulación química del comportamiento y del estado de ánimo, formando parte del cotidiano de los adolescentes" (Calzada, 2012: 1).

La edad de mayor riesgo de consumo es la adolescencia, desde los primeros años. Sobre el inicio del consumo de drogas, la literatura destaca que ocurre generalmente en la adolescencia (Botvin, Baker, Dusembury, Tortu y Botvin, 1990; Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994) como resultado de la combinación de múltiples factores.

Un estudio realizado por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas del Ministerio de Salud del Perú revela que el 83,2 % de los jóvenes de entre 12 y 18 años consideran sencillo conseguir bebidas alcohólicas (Cedro, 2013).

En el Uruguay el alcohol es una droga legal, fácilmente comercializable por empresas multinacionales. Según el artículo 187 del Código de la Niñez y la Adolescencia (2004), su venta solamente es permitida a los mayores de 18 años.

En Uruguay, la edad promedio de inicio es de 12,8 años, por lo cual el 95 % de la generación que está finalizando secundaria ha probado alcohol (JND, 2011b: 22).

Estos datos son relevantes para la proyección y aplicación de programas preventivos y acciones de educación para la salud. Cuanto antes se actúe, más probabilidad hay de retrasar la edad de inicio del consumo o evitarlo.

Dado que el enfoque de salud colectiva refiere uno de sus ámbitos de intervención a la prevención de los consumos problemáticos (Programa Nacional de Salud Adolescente, 2009), la prevención en el área de las adicciones (o de las drogodependencias, como suele denominarse en otros países) es en sí misma un cuerpo científico con un recorrido reciente pero con un avance importante y principios conductores.

Coie, Watt et al. (1993) la denominan *ciencia de la prevención*, y colocan al español Amador Calafat como un profesional *preventólogo* que toma para sus acciones la concepción de esta nueva disciplina científica, integrando los aportes de diversas ciencias, dada la complejidad de la temática.

En una entrevista publicada en el *Diario de Mallorca*, el doctor Calafat expresa:

> El previsor tendría que saber de estadística, de intervenciones en público, de métodos concretos, de dialogar con la industria todo esto se nos escapa un poco. Es un tipo de intervención en el que la sociedad no se implica, la industria tiene que colaborar un poco más. O se crean alianzas entre la sociedad y los técnicos o es muy difícil que el especialista en prevención pueda actuar. (Calafat, 2014)

Se resaltan de esta manera la complejidad del tema y su transversalidad con múltiples dimensiones, relacionándose con la química, la psicología, la biología, el arte, la economía, la antropología, la filosofías, entre otras.

Para Martín (1995), la prevención "es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas" (p. 55).

Es una tarea que se tiene que sostener en el tiempo, con efectos a largo plazo. Educar en prácticas saludables podría ser una estrategia para mantener los programas preventivos en el tiempo, procurando su adecuado funcionamiento.

Entre los objetivos que se pretenden alcanzar en prevención en el tema adicciones, se podrían enumerar especialmente los siguientes:

1. Retrasar la edad de inicio.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos o que tienen problemas de abuso o dependencias de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables. (Ammerman et al., 1999; Martin, 1995; Paglia y Pandina, 1999; en Becoña, 2002: 66)

Establecer el énfasis en la prevención como paradigma de trabajo implica reconocer que las drogas conviven en la sociedad, lo cual no supone ni la aceptación ni la desvalorización de los riesgos, sino únicamente el reconocimiento de una realidad cuya conflictividad hay que minimizar. La apreciación de los llamados *problemas de las*

drogas se sobredimensiona por las percepciones de las personas y las instituciones, condicionando los problemas reales e imaginarios.

La prevención para ser eficaz debe tener en cuenta los aspectos culturales, y las acciones deben centrarse en el sujeto y no en las drogas, debido a que del sujeto parten las explicaciones más completas sobre las razones del usar, consumir, abusar, abandonar y enfrentar.

El esquema taxonómico de la prevención en sus formas de universal, selectiva e indicada ha sido recomendado y ampliamente adoptado como una mejora frente a las anteriores nociones de prevención primaria y secundaria (Caplan, 1980; Gordon, 1987; NIDA, Sloboda y David, 1997; Gilchrist, 1995; Calafat, 2002).

Las estrategias básicas que podemos ubicar en un primer nivel de intervención en materia de drogas son: el control de la oferta, la reducción de la demanda y el apoyo a profesionales. Dentro de la reducción de la demanda encontramos otras tres líneas: la prevención, la asistencia y la inserción social.

En cada uno de los niveles de prevención se pueden aplicar dos grandes estrategias transversales: la denominada *prevención*, que tiene como objetivo la extinción o la reducción del consumo, y la *reducción de riesgos y daños*, cuyo objetivo va en la línea de evitar los problemas derivados del consumo, pero no el consumo propiamente dicho.

Existen variadas técnicas, cuya selección depende del nivel de riesgo del colectivo al que se dirijan, del ámbito de la intervención y de la estrategia que se utilice. Pueden desarrollarse en ámbitos distintos, como el escolar, el familiar, el comunitario, el laboral, los espacios de ocio y tiempo libre y los recursos sociales.

El lugar de la prevención del uso problemático de drogas en los centros educativos es relevante, dado que una de las funciones principales es, en su dimensión

formativa, enseñar a conseguir aptitudes, impartir conocimientos y establecer una base de valores sólidos en relación con la salud.

En un enfoque integral, con pleno respeto a los derechos humanos, los centros educativos se presentan como uno de los ámbitos idóneos para realizar acciones de prevención, ya que cuentan con la presencia del alumnado durante períodos estables, lo que permite instrumentar mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación.

Las escuelas pueden y deben informar a la comunidad acerca de la consecución de resultados educativos que se haya identificado que contribuyen a alcanzar objetivos más amplios en materia de salud, como la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias adversas para la persona y la sociedad (ONU, 2005).

La población estudiantil en la enseñanza media está conformada por adolescentes que, por atravesar una etapa particularmente crítica en su proceso de estructuración psíquica, pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad ante situaciones de riesgo de diversa naturaleza y, en especial, de consumo de sustancias. Toda intervención debe contemplar la diversidad a nivel de los estudiantes hacia quienes va dirigida. Entre ellos se pueden encontrar quienes han experimentado con sustancias en distintas modalidades, como el consumo habitual o el abuso, otros que han abandonado el consumo y otros que nunca han tenido acercamiento a ninguna sustancia (JND-ANEP, 2008).

Los lineamientos estratégicos actuales de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) para el desarrollo de la prevención de usos problemáticos de drogas en el sistema educativo formal y especialmente en la enseñanza media proponen que el enfoque preventivo-educativo debe privilegiar que los docentes, padres y madres, educandos y agentes comunitarios incorporen un pensamiento crítico, creativo, racional y emocional, enfocado en desarrollar habilidades y valores para la vida.

La idea central es promover políticas de reducción de la demanda estructuradas a partir de la complejidad del fenómeno, contemplando a los estudiantes con propuestas educativas preventivas, de inserción y sanitarias de acuerdo con sus realidades e intereses.

La intervención en esta etapa deberá estar orientada directamente a las variables relacionadas con el consumo de drogas. Para ello es prioritario desarrollar actitudes positivas hacia la salud, que proporcionen al estudiante el fortalecimiento para analizar las cuestiones relativas a las drogas, permitiéndole tomar una decisión personal al respecto.

El carácter universal del sistema educativo hace posible que un gran número de adolescentes accedan a niveles de información y formación; lugar preponderante para estimular el desarrollo de la conciencia crítica, base de la formación de personas autónomas y responsables de su entorno.

Los resultados obtenidos en las investigaciones sobre la prevención del consumo de drogas definen algunas consideraciones que deben ser incluidas en las estrategias preventivas para obtener éxito:

> a) qué comportamientos están más necesitados de intervención;
> b) las edades durante las cuales deban aplicarse las intervenciones, y
> c) qué procesos mediacionales tienen potencial para convertir las intervenciones en resultados comportamentales. (Hansen, 1997: 357-378)

A nivel internacional, desde el año 1960 la prevención como campo científico comienza a visibilizarse. Ese proceso puede ubicarse en nuestro país una década después.

En los países europeos, las medidas respecto a los consumos son tomadas a partir de los años 70 y 80 del siglo pasado, y, muy tímidamente, al final de la década del 80 en nuestro país.

En España, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES) que se realiza cada dos años brinda información sobre la prevalencia por sexo y edad del consumo de diversas sustancias, tanto una vez en la vida como en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días; este estudio se viene realizando desde el año 1998 en chicas y chicos escolarizados de entre 14 y 18 años. Los resultados contribuyen a una mejor comprensión de la magnitud y particularidades que reviste este problema en el estudiantado de enseñanza media. La evidencia científica aportada por la encuesta genera elementos para el diseño y la implementación de medidas e intervenciones preventivas, a los efectos de disminuir el consumo entre chicos y chicas adolescentes (Plan Nacional sobre Drogas de España, 2011-2013).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) enumera entre sus prioridades la temática *juventud y drogas*. En el año 2000, crea un programa denominado "Drogas: educar para prevenir", destinado a la prevención en enseñanza media. Considerando que el uso indebido de drogas lícitas o ilícitas es un problema de la sociedad, promueve el trabajo en pro de la calidad de vida y el respeto de los derechos humanos. Reconoce que en los adolescentes el consumo de algún tipo de droga se da, en la gran mayoría de los casos, mediante las denominadas *drogas sociales*. El alcohol y el tabaco son las drogas más reiteradas entre los adolescentes.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) proclama el año 2005 como el Año Internacional de la Prevención, resaltando la importancia de la prevención para disminuir el consumo de drogas, entendiendo que

debe ser un componente clave de las políticas para hacer frente al problema de las drogas (OEA, 2005).

La CICAD, en el marco del Proyecto de Descentralización de Políticas de Drogas de los Países Andinos, que se viene implementando en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, ha estimulado la formación de promotores de prevención del consumo de drogas en la enseñanza media, promoviendo la participación de la comunidad, principalmente de los sectores juveniles como agentes movilizadores y de cambio dentro de una estrategia de educación de "pares" (Salcedo, 2008: 8).

En países como Chile, ya en la Estrategia Nacional Sobre Drogas del período 2003-2008 se plantea la necesidad de abordar la problemática del consumo de drogas desde diferentes ámbitos de intervención. En la educación, se crean programas en los que la prevención se plantea como una intervención continua y sistemática, elaborándose planes específicos para estudiantes de educación media con el objetivo de evitar el consumo de drogas en el marco de un estilo de vida saludable.

En el año 2006, se realiza el Primer Estudio Comparativo sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, producido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la CICAD, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), el Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID), el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y la JND, en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación en los países mencionados.

Allí se concluye que el alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes secundarios en los nueve países en los que se realizó la investigación. La mayor tasa de consumo actual o prevalencia de último mes de alcohol la registra Colombia con 51,9 %, seguida de Uruguay con 50,1 %; es decir, uno de cada dos estudiantes ha consumido alguna bebida alcohólica en el último mes previo al estudio. En ambos países el uso actual de alcohol es más alto con relación a los otros países tanto en hombres como en mujeres (Informe sobre el Primer Estudio Comparativo Sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria, 2006: 9).

En Uruguay, la primera ley en materia de producción, comercialización y consumo de drogas surge a principios de los 70 (decreto ley 14294), modificada parcialmente en 1988 por la ley 17016, que incorpora normas sobre el lavado de dinero.

El decreto 463/1988, en su artículo 1 decreta: "Créase la Junta Nacional de Drogas, la que se individualizará con la sigla JND"; un año después, se crea la Secretaria Nacional de Drogas (SND) (decreto 346/1999).

A fines de 1970, en nuestro país comienzan a aparecer las primeras intervenciones institucionales, en forma muy aislada, ya que no existía aún coordinación entre los organismos que trabajan en el tema. Es desde el MSP, particularmente desde la División de Salud Mental, que se enfatiza el trabajo preventivo en drogas legales: tabaco y alcohol. En 1980, se crean diversos programas prioritarios, entre los cuales se encuentra el Programa de Prevención de Hábitos Tóxicos y Adicciones. Acciones impartidas por el MSP, en el marco de la División Promoción de Salud, centrándose sobre el concepto de salud integral.

Posteriormente, el MSP crea la primera Policlínica de Farmacodependencia en el país en el Hospital Maciel, que se convierte en un referente nacional en la prevención y tratamiento del tema.

En el año 2002, y a partir de la creación de la JND, el soporte técnico que lleva adelante las directivas concreta las gestiones y se crea el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD).

Desde la JND, y a partir de su competencia principal, la instrumentación de las directivas relacionadas con la fijación de la política nacional en materia de drogas, se prioriza como estrategia la *prevención* (Olivera, 2008).

Datos del informe realizado por el OUD de la JND, de la Cuarta Encuesta Nacional y Quinta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, revelan que el alcohol es la sustancia más consumida por los estudiantes de la enseñanza media. Explica que más de la mitad (52 %) de los adolescentes insertos en educación media consumen alcohol habitualmente, porcentaje que se eleva al 72 % al llegar a los 17 años. Y que el 66 % de los consumidores habituales han tenido uno o más episodios de abuso de consumo en los últimos 15 días (uno de cada tres jóvenes de la población total).

El sistema educativo entiende necesario, con relación al tema del uso de drogas, coordinar los esfuerzos para establecer una política nacional única. En el año 2006, a partir de una resolución del Codicen, se crea la Comisión Interinstitucional Nacional Junta Nacional de Drogas - Administración Nacional de Enseñanza Pública - Consejo Directivo Central, integrada por representantes de los subsistemas de enseñanza. Esta comisión orienta programas con enfoques globales y propuestas coordinadas a nivel de los distintos subsistemas.

Para el desarrollo de intervenciones efectivas, la Junta Nacional de Drogas (JND), junto con el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), produce en el año 2011 la folletería *¿Cómo la ves? Alcohol*, con la finalidad de promoción de salud y prevención de usos problemáticos del alcohol.

Se trata de folletos informativos de prevención selectiva universal del consumo de drogas dirigidos a poblaciones adolescentes y orientadas a mejorar la disponibilidad de herramientas pedagógicas atractivas.

Actualmente, el Ministerio del Interior y la Junta Departamental de Drogas de Montevideo trabajan en conjunto para mejorar la articulación interinstitucional en el diseño e implementación de políticas de drogas en el territorio nacional. La estrategia apunta al fortalecimiento de la red territorial de abordaje integral (prevención, asistencia, inserción laboral) para contribuir a reducir la demanda de alcohol, especialmente en los adolescentes.

Utilizando en ese momento para la campaña de prevención el eslogan de uno de los afiches de la actual campaña de prevención de la JND es "El consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes es muy riesgoso" (2014).

La percepción del riesgo es una variable relevante para explicar el consumo o no de sustancias. La concepción que se tiene de las distintas drogas, que depende tanto del uso como de las creencias y de la propia construcción de las sustancias, influye en el consumo. Se destaca que el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas mantiene estrecha relación con la percepción de riesgo que los jóvenes tienen de ellas, que a su vez puede verse afectada por la diferencia existente entre las sustancias como consecuencia de la legalización de algunas (Becoña, 2010).

1.2. Justificación del estudio

El vector que orienta esta investigación es el abordaje de las representaciones sociales en un contexto de estudio sobre el consumo de alcohol. Nos planteamos

indagar qué informaciones, conocimientos y creencias tienen los estudiantes del ciclo básico de educación media.

> Las representaciones sociales, entendidas como el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse, actuar y orientarse en el contexto social en el que viven, racionalizar sus acciones y defender su identidad, si bien no pueden correlacionarse directamente con determinados comportamientos de consumo ni tampoco constituyen una explicación unívoca de los mismos, no hay duda de que significan una contextualización operativa fundamental para la comprensión de esos consumos. (Megías Valenzuela, 2009)

La muestra está conformada por adolescentes, estudiantes de ciclo básico de educación media que en el período comprendido entre los meses de marzo y diciembre del año 2015 han estado matriculados oficialmente en el ciclo básico de enseñanza media en dos liceos de la capital ubicados en la zona oeste de Montevideo, Municipio A.

El proceso de descentralización política y administrativa que desarrolla el gobierno de turno ha originado la creación de los gobiernos municipales.

Montevideo tiene ocho municipios, donde se ejecutan planes de desarrollo, con administración presupuestal descentralizada.

Trabajan en estrecha relación con el gobierno departamental en pro del desarrollo de la especificidad y la diversidad de las identidades barriales.

En la zona oeste, el Municipio A comprende los centros comunales 14, 17 y 18, integrando los barrios Paso de la Arena, Nuevo París, Belveder, Prado, Nueva Savona, La Teja, Cerro, Casabó, Pajas Blancas, La Paloma, Tomkinson, Tres Ombúes y Pueblo Victoria.

El Cerro se encuentra ubicado al oeste de la ciudad de Montevideo y ocupa un área aproximada de 40 kilómetros cuadrados. Sus límites son: al sur y al oeste el Río de la Plata, al norte la ruta 1 y al este la bahía de Montevideo.

Este barrio nace en el año 1920, alrededor de lo que en aquel entonces era el Frigorífico Uruguayo, más tarde Frigorífico Nacional. Se inició con población obrera y fue creciendo gracias al arribo de familias que venían del interior a instalarse en la periferia de la capital, quizás atraídas por la belleza del barrio y las fuentes de trabajo con que contaba. Esto generó que algunas partes del barrio conserven cierta organización urbana.

En los últimos años y junto con una nueva migración, esta vez desde otros barrios de Montevideo, familias empobrecidas han edificado sus hogares en terrenos fiscales, lo que ha implicado una disposición distinta que ha traído aparejadas dificultades, como la instalación del saneamiento.

Se caracteriza hoy por una contrastación de zonas: una zona semirrural, más alejada, en la que predomina el trabajo en chacras, viñedos y lechería, llevado a cabo por la agricultura familiar; una zona urbana donde se concentran los servicios y comercios, y una zona suburbana donde se han desarrollado en los últimos años barrios nuevos, con asentamientos precarios, lo que ha generado una fuerte focalización y naturalización de la pobreza.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011) sobre población y superficie del Municipio A, el Cerro es el lugar donde hay más personas viviendo en una misma vivienda; existen actualmente más de 100 asentamientos, la mayoría no regularizados. Residen 207.933 personas, lo que corresponde al 15,76 % de la población de Montevideo. En algunos barrios se han identificado los índices más altos de desocupación, rezago y abandono escolar, problemas de talla y peso vinculados a

carencias de alimentación, indicadores de suicidio y de violencia, una expresión más de una crisis de larga data.

Son 11 los liceos que imparten ciclo básico en el Municipio A -tomando como límites de la vasta zona: arroyo Miguelete, Carlos M. de Pena, camino Lecocq, camino del Fortín, camino Tomkinson, camino de la Granja, camino Luis E. Pérez, camino Los Camalotes, avenida de los Deportes, arroyo Melilla (Pista de Regatas), río Santa Lucía, Río de la Plata, (Bahía de Montevideo). (Municipio A, 2012). La zona concentra el 19 % de los adolescentes de Montevideo incluidos en la franja etaria que ingresa al ciclo básico (INE, 2011).

Respecto a la educación, en el CCZ 17, el 7,2 % de las personas poseen primaria incompleta, el 44,3 % ciclo básico y el 8,2 % presentan rezago en la escolaridad. Según estos datos, el mayor porcentaje de población con primaria incompleta está en el Municipio A. Esta situación no se da con respecto al ciclo básico; en este caso es el CCZ 18 el que exhibe el mayor porcentaje poblacional con rezago en la escolaridad, porcentaje que comparte con el CCZ 14. Es relevante señalar que todos los centros comunales zonales integrantes del Municipio A poseen porcentajes mayores que los que exhibe el departamento de Montevideo (JND, 2013: 26).

En este Municipio, el 28,9 % de los jóvenes de entre 15 y 24 años estudia, el 38,5 % trabaja, el 8,6 % estudia y trabaja y el 24 % no estudia ni trabaja; siendo el porcentaje más alto de jóvenes que no estudian ni trabajan de todo el departamento de Montevideo (INE, 2011).

Los elevados porcentajes que tiene el Municipio A de personas con estudios incompletos, sean primarios o secundarios, o de jóvenes que no estudian ni trabajan, relacionados con las situaciones de pobreza y la urbanidad informal indican que una

parte de la población se encuentra en situación de riesgo relacionado con los consumos de droga (JND, 2013).

Las representaciones sociales sobre el consumo de drogas guían la acción, la comunicación, el pensamiento y el posicionamiento de los individuos respecto al tema, variando según los actores involucrados, las drogas consumidas y los contextos en los que se produce el consumo. Por ello es relevante profundizar en las representaciones sociales relacionadas con los consumos de droga: reconocerlas, desentrañarlas, exponerlas, para luego poder reflexionar sobre ellas y los procesos que desencadenan.

La posibilidad de realizar este estudio constituye una oportunidad para generar espacios de intercambio y reflexión en la comunidad educativa, con participación activa de los y las estudiantes.

Dado que la acción educadora tiene por meta proveer a las personas de los recursos que les permitan vivir de forma saludable, los resultados de esta investigación constituirán información a ser integrada para el mejoramiento de las experiencias educativas en el ejercicio de la docencia.

Indagar en la información, el conocimiento y las creencias de los estudiantes sobre el consumo de alcohol, como producción de subjetividades, permite problematizar la regulación del actuar cotidiano, dando un sentido a las significaciones.

Interesa el conocimiento de los estereotipos, tabúes y estigmas referidos al tema y su impacto en el contexto cotidiano.

El alcohol y sus usos se encuentran impregnados de atribuciones y significaciones que se construyen en la trama sociohistórico-cultural, emergiendo de un sistema de representaciones que delimitan y definen lo que en una época determinada es considerado un problema social. Construcciones sociales que cristalizan percepciones, a veces desajustadas del fenómeno, originando prejuicios y estereotipos reflejados en los

discursos con los cuales se aborda el tema, formando parte de la construcción social de la realidad. Estrategias que a la vez refuerzan los contenidos del discurso.

La exploración de las representaciones sociales sobre el consumo de alcohol en estudiantes de ciclo básico nos permite diseñar recomendaciones preventivas dirigidas a reemplazar a aquellas que pueden constituirse en factores de riesgo.

Conocer los valores, las nociones y las creencias que en la actualidad tienen los adolescentes acerca del consumo de alcohol, y cómo estas influyen en la conformación de determinadas conductas y actitudes con respecto a su uso, es una nueva forma de aproximarse a comprender el problema y, en función de ello, desarrollar programas preventivos basados en la psicología de la educación. Ofreciendo las herramientas necesarias para que el adolescente tome decisiones con criterio y conocimiento de las causas, fomentando y potenciando la reflexión, la capacidad de decisión y la responsabilidad de asimilación de la información.

La prevención debe entenderse como un proyecto de reconstrucción cultural dirigido a la esfera de lo simbólico, a los modos de convivencia social y a las posibilidades de construcción de una vida cotidiana. Desde la dimensión ética, se buscará fortalecer un conjunto de prácticas que cimienten actitudes de diálogo, compromiso afectivo, respeto y solidaridad ciudadana.

1.2.1. Motivación para la elección del tema

Hoy en día, quienes trabajamos en el campo de la salud, desde las diversas áreas con las cuales estamos comprometidos, nos encontramos transitando un mundo dinámico, cambiante, problematizado, y por ello el rol que se nos plantea en la actualidad es un desafío y una oportunidad.

Debido a mi trayectoria profesional, tanto desde mi praxis como desde mi sostenida formación en temas de salud, adicciones, prácticas con lenguajes artísticos y psicología —campos en permanente dialéctica—, se ha convertido para mí en un imperativo ético poder aportar a la transformación de los movimientos que se vienen gestando con relación a los distintos escenarios que se despliegan con relación al primer nivel de atención en salud (Recto, 2015).

Los posibles diseños de estrategias de atención primaria han de concebirse en un marco en el cual los problemas a resolver son altamente cambiantes. Esto supone un gran desafío en aspectos relacionados esencialmente con la flexibilidad y asertividad, y una oportunidad de generar acciones innovadoras.

Ya no basta con que los jóvenes acumulen conocimientos sobre el tema de las adicciones, hay que llevar a descubrir, despertar e incrementar las posibilidades creativas, cultivando aquello que los motiva y los lleva a investigar, problematizando la realidad circundante.

Según el político francés Jacques Delors (1994), la educación debe estructurarse en torno a cuatro pilares fundamentales: aprender a aprender (comprensión del contexto como medio y finalidad del dominio del saber), aprender a hacer (dominio cognitivo y ejecutable del saber), aprender a convivir (aceptar la diversidad humana y contribuir a la equidad e igualdad en la semejanza) y aprender a ser (desarrollo global e integral de la persona, produciendo pensamiento autocrítico y autónomo).

Se trata de educar para que los jóvenes puedan tomar decisiones formadas e informadas, producto de la responsabilidad, la autonomía y la autogestión de sus tránsitos.

De los datos cuantitativos divulgados por el estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud (2014), en el que Uruguay es el octavo país de

América Latina en consumo de alcohol per cápita, y según la sexta Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en estudiantes de Enseñanza Media (2014), del Observatorio Uruguayo de Drogas, en la que se informa que el alcohol es una de las sustancias que los jóvenes escolarizados comienzan a consumir, en promedio, a edades más tempranas, y además que el 21,3 % de los estudiantes han tenido uno o más episodios de abuso de consumo de alcohol en los últimos 15 días, se desprende la necesidad de profundizar en dicho consumo —a partir de los aportes de un análisis cualitativo—, en los patrones de comportamiento e imaginarios y en las representaciones sociales que fundamentan esas prácticas.

Poner en marcha medidas en pro de la prevención en el consumo del alcohol es una de las apuestas prioritarias del actual presidente de la República, doctor Tabaré Vázquez, desde que asumió su mandato para el período 2015-2020.

En una rueda de prensa realizada en la sede de la Presidencia de la República, explicó que debe haber un cambio de paradigma cuando pensemos qué queremos transmitir a las nuevas generaciones (diciembre 2015).

Es que en relación a lo anteriormente expuesto, me siento llamada a reflexionar acerca de los diseños de estrategias sobre el consumo abusivo de alcohol, considerando generar posibles aportes, a partir de los datos obtenidos en este estudio.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir y caracterizar lo que saben, piensan, sienten y hacen estudiantes del ciclo básico de enseñanza media en relación al consumo de alcohol.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir y caracterizar los conocimientos, actitudes y calidad de las experiencias de los estudiantes del ciclo básico de secundaria sobre el consumo de alcohol.

Describir y analizar las representaciones sociales que se construyen sobre esta práctica.

Aportar a la determinación de los factores de riesgo principales asociados al consumo adolescente de alcohol en Uruguay.

2. Marco teórico-conceptual

Desde hace años el consumo de drogas se ha venido incrementando, convirtiéndose en un tema de interés y preocupación, ya que existe evidencia científica a nivel mundial de que el uso problemático de alcohol es uno de los principales factores de riesgo, muerte y discapacidad.

Varios han sido los estereotipos que han surgido de los modelos de discurso que abordan esta temática.

El penalista español Carlos González Zorrilla, en su obra *Droga y cuestión criminal* (1983), menciona cuatro clases de discursos:

- El discurso médico ve al consumidor problemático como enfermo y a la droga como un virus, epidemia o plaga, creando el estereotipo del *dependiente*.
- El discurso cultural, transmitido a través de los medios, necesita al consumidor como quien se opone al consenso, nombrándolo *drogadicto*.
- El discurso moral lo califica de *vicioso* y a la droga *flagelo*.

- El discurso jurídico concibe a todas las sustancias como peligrosas, sin establecer las peculiaridades de cada una. Legitima la diferencia entre "el bien" y "el mal", califica a una conducta de mala cunado está relacionada con la droga ilegal, pero si esta es legal la conducta deja ser calificada así.

El alcohol, como droga institucionalizada y aceptada socialmente, requiere, por el uso extendido y aceptado que tiene, un mayor esfuerzo en lo preventivo, por lo que se debe promover la participación de los distintos niveles colectivos.

Un proceso preventivo requiere problematizar las motivaciones, actitudes, valores, necesidades y estilos de vida adquiridos ante el consumo que tiene una determinada comunidad y que la cultura sustenta. Fomentando la participación de la comunidad, creando canales de comunicación, en los cuales se incorporen de forma activa, promoviendo que se formulen alternativas en los niveles de decisión.

El modelo teórico asumido se fundamenta en el marco conceptual de las *representaciones sociales* de Moscovici, desde la óptica del *interaccionismo simbólico*, para la comprensión y análisis de los hallazgos.

Las representaciones sociales son entendidas como el conocimiento del sentido común, cuyo objetivo es comunicar y sentirse dentro de un ambiente social que se origina en el intercambio de un grupo social. De este modo se procuran comprender el proceso de asignación de símbolos con significado, el lenguaje hablado o escrito y el comportamiento en la interacción social.

Las investigaciones desarrolladas desde esta perspectiva parten de un conjunto de acciones orientadas a la priorización del punto de vista de los actores, de manera tal que los datos emergen de la interacción dialéctica entre los participantes, la investigadora y el contexto. A partir de esta interacción se considera la investigación como un acto

comunicativo, como un grupo de conversaciones sobrepuestas y estructuradas por la investigadora para constituir diversos grupos de sentido.

Ibáñez cita a Moscovici diciendo que en una ocasión dicho autor explicitó que "si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto" (1988: 32).

Serge Moscovici (1979) retoma la representación individual y colectiva propuesta por Durkheim y coloca el término *representaciones sociales*, por considerarlo más apropiado para ser comprendido por las sociedades modernas.

Las representaciones que definió en un inicio Durkheim como colectivas, con carácter preestablecido y estático, pasan a ser sociales; lo que cuenta son los procesos de intercambio a partir de los cuales se elaboran dichas representaciones confiriéndoles su carácter social.

Moscovici plantea que las representaciones sociales están constituidas por tres componentes: la información, que se relaciona con lo que *yo sé* (suma de conocimientos con que cuenta un grupo sobre un fenómeno social); la imagen, que se relaciona con lo que *veo* (organización del contenido de la representación social en forma jerarquizada, variando entre grupos sociales y dentro de un mismo grupo), y las actitudes, con lo que *siento* (orientación favorable o desfavorable respecto al objeto de la representación social).

Dicho autor propone tres condiciones de emergencia de una representación social:

a) Dispersión de la información. Alude a que la información de la que dispone un grupo social para abordar un objeto determinado es insuficiente y suele estar desorganizada.

b) Focalización. Refiere a la implicación en la interacción social como hechos que conmueven en un momento determinado a la opinión de ese grupo social determinado.

c) Presión a la inferencia. Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posiciones, acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público (Páez, 1987).

Las representaciones, entonces, para Moscovici, son sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propios, representan "teorías o ramas del conocimiento". Las considera una organización psicológica con una función simbólica y una modalidad de conciencia particular. "El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos" (Abric, 2001: 304).

En consecuencia, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud).

Denise Jodelet (1984) define las representaciones sociales de la siguiente manera:

> En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto. (Jodelet, 1984: 472)
>
> La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. (Jodelet, 1986: 474)

2.1. El alcohol

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *alcohol* como un grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contiene hidroxilo (–OH). El

principal componente psicoactivo de este grupo es el etanol (C_2H_5OH), el cual se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. Las bebidas elaboradas por fermentación contienen un 14 % de concentración de alcohol (OMS, 1994: 14).

Ya en 1849, el doctor Magnus Huss (Suecia, 1807-1890) connota el uso nocivo de su ingesta como una enfermedad específica y primaria, por ser distinta de todas las demás y tener sus propias causas.

En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce científicamente como tal y se la incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades (n.º F de la nomenclatura).

El término *alcoholismo* se incorpora al diccionario alemán y a los de otros idiomas.

Alcoholismo: enfermedad causada por el alcohol.

Alcohólico: persona que bebe alcohol en exceso.

Alcohol: líquido obtenido mediante la destilación de frutas fermentadas.

En 1960, Elvin Jellinek definió el alcoholismo como sigue: "Entendemos por alcoholismo todo uso de bebidas alcohólicas que acarree un prejuicio para el individuo, la sociedad o para ambos" (p. 140).

En 1967, el mismo autor, con aprobación de la comisión creada por el Nacional Institute of Mental Health de Estados Unidos para el estudio del alcoholismo, expresa que se entiende por alcoholismo un estado en que un sujeto ha perdido el control sobre su consumo de alcohol, en el sentido de no poder parar transitoriamente de beber hasta alcanzar un estado total de embriaguez. Y coloca dos características esenciales del alcoholismo: la pérdida de control y la incapacidad de la persona de abstenerse. Características que entendía que estaban mediatizadas por factores culturales.

En los últimos años se diversificaron los criterios y se puso en duda el concepto de *enfermedad alcohólica*. La tendencia actual es a hablar de *dependencias*, añadiendo en cada caso el calificativo de *física* o *psíquica*, según se trate, incorporando la visión geopolítica de los consumos.

Alcohol es un vocablo derivado del árabe *alkul*, cuyo significado es 'el más delicado polvo', 'lo más fino'. Su nombre químico es *alcohol etílico* (etanol, C_2H_5OH).

Es un líquido incoloro, que quema el paladar, con un peso específico de 0,79 (1 vol % = 0,8 g %), y un punto de ebullición de 78,3º. Suele obtenerse por fermentación de azúcares, disociados en alcohol y CO_2 por acción de levaduras.

En función de su proceso de elaboración, las bebidas alcohólicas se clasifican básicamente en dos grupos:

- *Bebidas fermentadas*. Proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en distintas frutas. La graduación alcohólica de estas bebidas oscila entre 4 y 12 grados.
- *Bebidas destiladas*. Resultan de la depuración de las bebidas fermentadas en búsqueda de lograr mayor concentración de alcohol. La graduación alcohólica de estas bebidas oscila entre 40 y 50 grados.

El alcohol adormece el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional, ya que actúa sobre el sistema nervioso central como depresor.

Se absorbe (en realidad esta expresión es incorrecta, ya que se trata prácticamente solo de procesos de difusión) relativamente rápido por las mucosas. De administración oral, el alcohol es absorbido en un 20 % aproximadamente en el estómago y el resto pasa por el intestino delgado. Todo aquello que retrasa el vaciado gástrico demora también la absorción del alcohol ingerido.

Dicha absorción depende de la concentración de alcohol de las bebidas ingeridas; las más concentradas se absorben más deprisa que las de menor concentración. El grado de irrigación de cada órgano desempeña un papel importante.

A partir de ello, es distribuido por la corriente sanguínea y por difusión a través de los tejidos; a los 60-90 minutos de la última ingesta de alcohol se ha determinado su distribución por todo el cuerpo.

Entre el 90 % y el 98 % de lo ingerido se metaboliza casi exclusivamente en el hígado; el resto se elimina a través de la orina, la transpiración o la respiración. El ritmo de eliminación es constante, de 8 a 12 mililitros por hora.

La concentración de alcohol en la sangre dependerá de:

- la cantidad de alcohol ingerido;
- la velocidad de absorción;
- el peso corporal o la cantidad de agua del organismo;
- la velocidad de eliminación del alcohol.

Para calcular el nivel de alcohol en sangre es necesario conocer los gramos de alcohol ingerido por la persona. Es posible calcular la alcoholemia mediante la aplicación de la fórmula de Widmark (Squeglia, Jacobus, Tapert, 2011: 307).

Alcoholemia = grados de alcohol/peso por 0,68 (hombre) y 0,55 (mujer).

La Ley Nacional de Seguridad Vial y Tránsito de Uruguay, n.º 18.191, declara que la cifra de alcoholemia permitida hasta diciembre del 2015 en Uruguay para conducir vehículos es de 0,3 g/l en sangre, habiendo comenzado con una tolerancia de O,8 gramos de alcohol por litro de sangre. Con la modificación del artículo 45 de la mencionada Ley, el 21 de diciembre de dicho año, es aprobada la tolerancia cero de alcohol para conductores.

Según el Barómetro de Seguridad Vial (UNASEV, 2011), el 24 % de los jóvenes menores de 30 años en ocasiones beben importantes dosis de alcohol antes de conducir vehículos.

Según el OUD (2012), el 40 % de las muertes en siniestros viales que se producen en el país están asociadas al consumo de alcohol. Los accidentes son la primera causa de muerte entre los jóvenes y, dentro de estos, los siniestros de tránsito tienen una importante incidencia (Rossi et al., 2012).

Son necesarias varias horas para que el nivel de alcoholemia después de beber sea cero.

Como no todas las bebidas tienen el mismo grado de concentración de alcohol, para conocer la cantidad de alcohol que la persona ha consumido se creó la *unidad de bebida estándar* (UBE). 1 UBE equivale a 10 g de alcohol.

Graficando correspondencias se obtiene:

1 UBE es equivalente a 1 copa de vino

2 UBE es equivalente a 1 medida de whisky

3 UBE es equivalente a 1 medida de vodka

Los efectos del alcohol dependen de varios factores:

- La edad. Beber alcohol mientras el organismo aún está en desarrollo es especialmente nocivo.
- El peso. El efecto del alcohol es más severo en personas con menor masa corporal.
- El sexo. Fisiológicamente las mujeres son más susceptibles (masa corporal menor que la de los hombres, baja presencia en el estómago de la enzima alcohol deshidrogenasa).

- La forma de consumir. La cantidad, combinación y rapidez de la ingesta determinan el grado de intoxicación.

Los efectos psicológicos que produce el alcohol (desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas y descoordinación motora) dependen de la tasa de alcoholemia.

El abuso regular puede provocar pérdida de memoria, dificultades cognitivas y demencia alcohólica.

En el plano orgánico, el abuso crónico está asociado a problemas de salud tales como gastritis, úlcera gastroduodenal, cirrosis hepáticas y cardiopatías.

El síndrome de abstinencia, producido por la tolerancia y la dependencia física, se caracteriza por ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, taquicardias e hipertensión. Si no se recibe tratamiento adecuado, puede provocar *delirium tremens* e incluso causar la muerte por deshidratación y cuadros cardiovasculares graves.

En menores de 18 años no existe el consumo sin riesgo, dado que el cerebro del adolescente es un órgano en desarrollo hasta ese momento y cualquier consumo de sustancia puede afectar su plasticidad y por lo tanto el potencial de aprendizaje

2.2. La adolescencia

Si nos situamos en la franja etaria seleccionada para la investigación, la adolescencia, podríamos decir que la palabra *adolescencia* proviene del latín. La expresión *adolecere* significaba entre los romanos 'ir creciendo hacia la madurez'.

Actualmente se reconoce que esa etapa está determinada por los contextos histórico, cultural y socioeconómico, y que los adolescentes conforman un heterogéneo conjunto de individuos marcados por su pertenencia social, por sus orígenes y el de sus

padres, por su historia personal y por las modalidades vinculares que puedan presentar (Rossi, Carvajal, Bottrill, 2012).

Newcomb y Bentler (1988) plantean que una característica que define a la adolescencia es la demanda del establecimiento de una identidad y un funcionamiento independiente y autónomo. Esto implica la experimentación con un amplio abanico de comportamientos, actitudes y actividades antes de elegir una dirección y un camino como forma de vida propia. Este proceso de evaluar actitudes y comportamientos incluye en ocasiones el consumo de sustancias.

Funes (1990) plantea que al adulto contemporáneo le ha tocado protagonizar un gran desafío: ante la existencia de las drogas, debe ayudar a los adolescentes a transitar por este mundo sin destruirse.

Las características particulares de la adolescencia como etapa del desarrollo emocional, en su proceso de estructuración psíquica, colocan a los adolescentes en situación de vulnerabilidad en contextos de riesgo de diversa naturaleza. La búsqueda de autonomía e identidad son elementos definidores de esta etapa. El proceso se va a ver favorecido o no por la historia previa, por el apoyo o falta de apoyo y comprensión de su familia, por la existencia o no de problemas en ella, por los grupos de amigos, etc. (Maciá, 1995).

2.3. Alcohol y cerebro adolescente

Diversos estudios han revelado que el consumo de alcohol en menores de edad puede afectar negativamente el desarrollo mental.

El cerebro del adolescente se encuentra en un alto nivel de desarrollo, se producen cambios neuromadurativos importantes, y en algunas estructuras la maduración se extiende hasta los 25 años.

Los episodios patronímicos de beber en forma intensa e intermitente que han adquirido los adolescentes han provocado cierta inquietud social en Estados Unidos y países de la Unión Europea, lo que ha llevado a los cientistas a divulgar información acerca de los efectos del alcohol en el cerebro de los jóvenes.

La doctora Susan Tapert (2012), de la Universidad de California, San Diego, expresa en sus estudios que de todos los cambios que se producen en el proceso de desarrollo de la adolescencia existen dos que resultan de especial interés.

El primero está referido al perfeccionamiento de las conexiones entre las células cerebrales. En este período de la vida las conexiones innecesarias desaparecen y se perfeccionan las restantes, convirtiendo al cerebro en un órgano más eficaz.

El potencial de desarrollo, tanto el cognitivo como el razonamiento, las interacciones interpersonales, el control de las emociones, la motivación, así como la capacidad de anticipar el riesgo en la adolescencia, dependerán de las sinapsis que se eliminarán (Babor, Caetano, Casswell et al., 2010).

El segundo proceso importante es la mielinización de los axones, lo que logra que la información se procese de manera más eficaz dentro del cerebro, aprontándose para el tránsito hacia la adultez.

Se establece la base para las habilidades de la persona en su vida adulta, tales como la planeación, la integración de la información, la resolución de problemas, el discernimiento y el razonamiento (Zeigler et al., 2015: 23). Estos importantes cambios son la razón de que el cerebro del adolescente sea más vulnerable a los efectos nocivos del alcohol en comparación con un cerebro adulto. Se ven afectadas las áreas

responsables del aprendizaje, la memoria, las habilidades verbales y la percepción visual-espacial.

David Rodríguez, profesor e investigador del departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Salamanca, quien se ha dedicado a estudiar los efectos del alcohol en el cerebro de los jóvenes, indica que hay factores que incrementan la acción tóxica del alcohol que tienen que ver con el hecho de que los jóvenes tienen una baja percepción del peligro que conlleva beber alcohol. Sostiene que con la generalización de la forma de consumo, beber mucho, seguido de períodos de abstinencia, se provocan cambios negativos en la neurotransmisión cerebral que entorpecen las funciones. Por estos motivos, insiste en el error que supone la tolerancia social al alcohol que existe actualmente, que banaliza el consumo de una sustancia que es tóxica (Rodríguez, 2010).

2.4. Consumo y factores de riesgo asociados a la adolescencia

El riesgo es un concepto importante para el desarrollo de directrices y programas para definir estrategias de promoción y prevención en salud en el ámbito de la educación. Las estrategias deben adecuarse a las necesidades de los estudiantes en sus diferentes niveles de riesgo.

El riesgo de tener problemas con las drogas se conceptúa como una variable en un continuo, desde *sin riesgo* en un extremo hacia el *máximo nivel de riesgo* de problemas en el otro.

A nivel mundial, esto presenta una preocupación.

Ya en 1988, el gobierno de Ontario (Canadá) generó un marco teórico para responder a los problemas de alcohol y otras drogas en los jóvenes de esa provincia. El

documento es una referencia de directrices que permiten tomar decisiones para elaborar diversas estrategias de abordaje a la problemática.

Presenta dos amplias categorías:

A. Estrategias para promocionar la salud

1. Promoción de salud. Personas con niveles de riesgos más bajos. Refuerzan el valor de una vida libre de drogas, estimulan el desarrollo de habilidades y recursos positivos que aumentarán la salud.

2. Evitación de riesgos. Niveles de riesgo bajo y consumidores potenciales. Aquí incluyen a los estudiantes de enseñanza secundaria. Estas estrategias son diseñadas para disuadir el consumo de drogas en formas problemáticas y animan a participar en actividades y prácticas saludables.

3. Reducción de riesgos. Personas con riesgo moderado que aún no han desarrollado problemas. Inducen a cambiar las conductas antes de que aparezcan los problemas.

B. Estrategias para recobrar la salud

1. Intervención precoz.

2. Tratamiento y rehabilitación. (Plan Nacional de Drogas de Canadá, 1988)

La percepción del riesgo es una variable relevante para explicar el consumo o no de sustancias, ya que se toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitando las consecuencias negativas. Por ello, la concepción que se tiene de las distintas drogas, que depende tanto del uso como de las creencias y de la propia construcción social de la sustancia, influye en su consumo (Becoña, 2012: 303).

La OMS sostiene que el riesgo del consumo estaría relacionado con la cantidad de ingesta de alcohol (Colom, Contel, Segura y Gual, 2002).

En nuestra cultura existe una naturalización del consumo de alcohol. Asociado a los atributos de legalidad y legitimidad, el alcohol es la sustancia que está más accesible para la experimentación en el consumo. La legalidad alude a lo que es válido en el campo de la ley; la legitimidad remite a aquello que es válido en los imaginarios colectivos y se traduce en conductas y discursos (OUD, 2011).

En cuanto al consumo de alcohol y riesgo, en los estudios realizados por el OUD (2011) se concluye que existe una percepción distorsionada del valor toxicológico del alcohol, debido a que no se visualizan los riesgos asociados a una ingesta problemática.

Becoña (2012) indica que evidencias científicas han demostrado que hay un conjunto de factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de drogas que permiten conocer qué personas están en mayor riesgo de consumir y aquellas que están mejor protegidas del consumo, lo que facilita conocer qué adolescentes son más vulnerables, y en función de ello diseñar intervenciones previsiblemente eficaces, desarrollando programas preventivos.

El consumo de sustancias puede tener múltiples sentidos. Según las características personales del joven consumidor y el momento por el que transita, las motivaciones pueden: curiosidad, presión del grupo, atracción por lo prohibido, búsqueda de placer, aumento de la oferta, entre otras.

Si bien no toda forma de consumo supone una modalidad adictiva y no toda experiencia de consumo conduce necesariamente a una adicción, estudios recientes permiten afirmar que el inicio precoz de consumo de alcohol presenta mayor probabilidad de aparición de abuso (Bremner, 2011).

En Uruguay, datos epidemiológicos exponen con claridad el alto porcentaje del consumo problemático de alcohol, dando cuenta de un número importante de personas dependientes de este. Según los últimos datos, habría 260.000 personas afectadas por el uso problemático del alcohol.

Dado que Uruguay presenta un consumo algo por encima del promedio mundial (6,38 litros de alcohol puro per cápita en mayores de 15 años), una proporción significativa de sus habitantes portan un patrón de consumo que lo ubica entre los países con alto grado de riesgos y daños derivados de este.

Esta medición es importante, ya que por un lado la media de consumo es una aproximación a la prevalencia del consumo problemático de alcohol, y por otro, porque el consumo adulto está directamente correlacionado con los niveles de consumo juvenil.

El patrón de consumo refiere que se bebe en cantidades que exceden los límites manejables por el organismo (tres y cuatro medidas estándar de alcohol o tragos para la mujer y el hombre, respectivamente, hasta cinco días a la semana) o en forma de consumo episódico excesivo (más de cinco tragos en una sola ocasión) (Presidencia de la República, 2013: 3).

Esto se ve especialmente agravado entre los jóvenes, dado que los fines de semana uno de cada tres presenta episodios de intoxicación (OUD, 2012).

Se considera intoxicación por ingesta cuando en una única salida se consume un aproximado de 80 gramos de alcohol puro, que puede significar el consumo de dos o más cervezas, más de tres cuartos de una botella de vino o más de cuatro medidas de whisky u otra bebida fuerte.

Las primeras situaciones de consumo de drogas en general tienen lugar en la adolescencia; esta es la etapa en que con mayor frecuencia surge el consumo experimental, si bien un alto porcentaje no reincide en él.

Becoña Iglesias (2000) sostiene que la percepción de riesgo de los adolescentes con respecto al alcohol es baja. Esto se debe a que el joven vive en un entorno en el que la práctica del consumo de alcohol es reafirmada por los medios masivos de comunicación.

Relevamientos recientes han señalado un cambio cualitativo y cuantitativo en el consumo de sustancias por los adolescentes, que podría expresarse mediante la siguiente fórmula: quienes consumen comienzan más temprano y consumen más (Rossi et al., 2012).

El OUD (2011), basado en una encuesta nacional realizada a estudiantes de enseñanza media, informa que el 14 % de los adolescentes que participaron en el estudio habían experimentado con el alcohol antes de cumplir 12 años.

2.5. Prevención y educación para la salud

Prevenir no es más que actuar sobre aquellos factores que posibilitan o refuerzan unas conductas determinadas, para evitar o reducir las posibilidades de que se lleven a cabo. Se trata de actuar antes (*pre*) de que una situación aparezca (*venir*), potenciando los factores de protección (Castro, 2008).

Actualmente los niveles de prevención en el campo problemático de drogas se definen a partir de la conceptualización de Gordon (1987) como: universal, selectiva e indicada, focalizando una perspectiva poblacional.

Universal: política focalizada en que las personas no consuman drogas o no desarrollen consumos problemáticos, potenciando los factores de protección y minimizando los de riesgo. Desarrolla planes orientados hacia la población en general. Incluye acciones inespecíficas.

Selectiva: intenta potenciar los factores de protección, frenando el avance de la problemática. Orientada a los segmentos poblacionales más vulnerables o de mayor riesgo ante los consumos.

Indicada: centrada en los grupos que necesitan atención específica. Desarrolla estrategias para minimizar los daños ya instalados y los riesgos que puedan surgir. Incluye acciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción. Nivel de prevención que necesita recursos humanos especializados.

La siguiente tabla indica, en forma sintética, los tipos de prevención y su conceptualización:

Prevención	Primaria (prevenir)	Universal	Secundaria (curar)	Selectiva	Terciaria (rehabilitar)	Indicada
Definición	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir su aparición. Se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección.	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción.	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria. Se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor.	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Fuente: Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, p. 73.

Las intervenciones más eficaces son aquellas que contemplan gran diversidad de estrategias, son continuas en el tiempo y actúan de manera intersectorial (Olivera, 2010; Escohotado, 2008).

La identificación de los factores de protección y de riesgo es un proceso complejo, ya que no existen causas únicas de esta problemática, que es multifactorial. Dado que los factores están relacionados entre sí, es una tarea ardua conocer cuál factor puede tener más incidencia sobre otro.

Se debe considerar, además de los factores en sí mismos, la relación que van adquiriendo entre ellos y con la situación de consumo. El uso de drogas se concibe como una conducta que le es funcional al adolescente y que es aprendida en un contexto social que puede ir desde consumo de escasa relevancia hasta otros muy problemáticos que le pueden provocar graves implicaciones personales y sociales.

Estudios realizados en Asturias (España) con estudiantes de entre 12 y 16 años de centros secundarios comprueban que la actitud juvenil hacia el consumo de alcohol es más favorable cuanto menor es la percepción de riesgo, mayores son las creencias distorsionadas y más permisiva es la disposición para su consumo (Moral, Ovejero et al., 2012).

En Uruguay, según datos de la Quinta Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media de 2011, se constata que una baja percepción de riesgo se asocia a un aumento del consumo; que se tiene menor percepción de riesgo de las drogas legales que de las ilegales, y que el consumo de drogas ilegales disminuye la percepción de riesgo de otras drogas ilegales. Los datos evidencian que la experimentación con el alcohol se produce al inicio del ciclo secundario de escolarización, que los episodios de abuso de alcohol en la adolescencia aumentan con la edad y que una baja percepción de riesgo se asocia a un incremento del consumo de alcohol y de otras drogas (OUD, 2011e).

Promover hábitos de vida saludables en los centros educativos, a partir de un trabajo interinstitucional e intersectorial, permite fortalecer acciones y abordar la temática en su complejidad.

Dado su carácter universal, el sistema educativo es un espacio privilegiado para desarrollar estrategias de atención primaria en salud (JND-ANEP, 2009a).

La salud como bien social se gestiona, construye, vivencia y disfruta en el marco de la vida cotidiana. Por lo tanto, si queremos desarrollar una cultura de la salud en las instituciones, no debemos relacionarla con algo abstracto, sino ligarla íntimamente a la cotidianeidad de los alumnos (JND-ANEP, 2009b: 38).

En una concepción de educación para la salud, la prevención del consumo de sustancias en las instituciones educativas debe abordarse en forma integral, contemplando la diversidad estudiantil y la heterogeneidad de relaciones que se establecen con las sustancias.

La educación sobre drogas está más relacionada con las actitudes, las motivaciones, las intenciones y las conductas que con la información transmitida a modo de acumulación de datos (JND-CETP-UTU, 2004: 15).

Al momento de ejecutar y diseñar proyectos de prevención, los centros educativos deberán integrar coordinaciones interinstitucionales que generen compromisos de articulación entre el área educativa y el contexto al cual pertenece el estudiante. De esta manera se capitalizará el aprovechamiento de recursos comunitarios calificados.

> El modo en que una sociedad define y valora la salud tiene implicaciones importantes para la política sobre el alcohol. Si se define de manera limitada como la ausencia de enfermedad, el enfoque se deposita en el tratamiento de la dependencia del alcohol y el manejo clínico de discapacidades relacionadas con el alcohol […] si la salud se define más ampliamente, entonces la política sobre el alcohol se puede dirigir a intervenciones proactivas que pueden ayudar a que muchas veces más personas obtengan niveles óptimos de salud. (Babor, Caetano, Casswell et al. 2010)

3. Aspectos metodológicos

3.1. Población

La muestra del estudio se constituyó por un grupo de 60 jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y 16 años, de ambos sexos, escolarizados al momento del estudio, cursando primer y tercer año del Ciclo Básico de Enseñanza Media, en dos instituciones públicas, pertenecientes a la zona oeste de la capital del país.

De la totalidad de los participantes, 35 (58 %) eran mujeres y 25 (42 %), varones. En cuanto al nivel escolar, 31 (52 %) de los participantes cursaban primer año y 29 (48 %) correspondían a tercer año.

3.2. Tipo de estudio

Se realizó una investigación de carácter exploratorio trabajando con una muestra no probabilística que respondió voluntariamente a una invitación tramitada institucionalmente en la que se los convocó a participar en grupos focales con el fin de conocer y caracterizar las formas de sentir, pensar y actuar de los adolescentes frente a situaciones de consumo de alcohol.

La investigación cualitativa permite comprender y tornar significativo el caso individual en el contexto de la teoría, reconociendo similares características en otros casos. Provee así nuevas perspectivas sobre lo que conocemos y nos dice más de lo que las personas piensan, nos dice qué significa e implica ese pensamiento (Morse, 2002, citado en Vasilachis et al., 2006: 27).

Los 60 participantes fueron reunidos en ocho grupos focales, integrados por seis u ocho estudiantes cada uno. Cuatro grupos correspondieron a estudiantes de primer año, dos del turno matutino y dos del turno vespertino, y los cuatro restantes, en igual condiciones de división, estuvieron integrados por estudiantes de tercer año.

Cada grupo funcionó entre 45 y 50 minutos. La actividad se desarrolló entre los meses de julio y agosto del año 2015.

El material recogido fue luego desgrabado y sometido a un análisis de contenido de los intercambios verbales procurando inferir tanto los conocimientos de los jóvenes participantes sobre los riesgos del consumo de alcohol como las condiciones de posibilidad, producción y recepción de sus discursos. Este material se complementó con notas tomadas durante el trabajo de campo y derivadas de observaciones realizadas *in situ*.

3.3. Instrumento

Como instrumento se utilizó un formato de entrevista semiestructurada para ser utilizada en los grupos focales.

Se eligió como dispositivo el grupo de focal, que, según Alonso (1998: 97), permite develar las tramas de interacción existentes entre la historia personal y la historia social, mediante las cuales se analizará, a través del discurso, la carga de las representaciones e imaginarios que se inscriben en las experiencias.

Según Valles (1999: 304), esta técnica exige reunir de 6 a 10 personas en el mismo lugar al mismo tiempo —los grupos numerosos no son recomendables por la tendencia a formar subgrupos y a las intervenciones superpuestas—, y es necesaria la presencia de un investigador-moderador que debe generar el ambiente adecuado para

que los individuos se sientan cómodos e incentivar el deseo de discutir sobre la temática planteada para que los participantes se expresen con libertad.

La elección del desarrollo de grupos focales como técnica de recolección de datos responde a la intención de generar encuentros en los que surgieran actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes sobre el tema planteado. Los grupos focales de discusión permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales en el contexto del grupo (Gibb, 1997).

Se han dado diferentes definiciones de grupo focal; sin embargo, muchos autores convergen en que se trata de un grupo de discusión guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular (Aigneren, 2006; Beck, Bryman y Futing, 2004).

Es focal porque centra su atención e interés en un tema específico de estudio e investigación que le es propio, por estar cercano a su pensar y sentir; y es de discusión porque realiza su principal trabajo de búsqueda mediante la interacción discursiva y la contrastación de las opiniones de sus miembros, la cual es relevante para los resultados (Noaks y Wincup, 2004).

Siguiendo a Ibáñez (1997), "un grupo de discusión es un dispositivo analizador cuyo proceso de producción es la puesta en colisión de los diferentes discursos y cuyo producto es la puesta de manifiesto de los efectos de esa colisión (discusión) de los distintos discursos y cuyo producto es la puesta de manifiesto de los efectos de la discusión en los discursos personales y en los discursos grupales (consenso)".

El grupo focal se centra en el análisis de la interacción de los participantes dentro del grupo y sus reacciones con respecto al tema propuesto por el investigador (Morgan, 1998). Es un método de investigación colectivista antes que individualista, se centra en

la pluralidad y variedad de actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un lapso relativamente corto.

Baldwin y Rolf (1996) toman los grupos focales como una herramienta exploratoria efectiva para identificar dimensiones culturales desconocidas, para explorar el conocimiento existente y las actitudes de las personas respecto de asuntos relevantes para el programa de prevención, y para establecer asociaciones que aportan al trabajo en prevención entre los investigadores y la comunidad.

Al buscar determinar las percepciones, sentimientos y formas de pensar el tema en cuestión, el investigador asume el rol de moderar, escuchar, observar y analizar los datos de forma inductiva.

3.4. Procedimiento

Se contó con una guía de conversación que permitió determinar tópicos para su posterior estudio y análisis.

Según Ibáñez (1979, citado en Valles, 1999: 320), el moderador se debe encargar de poner el tema sobre la mesa, estimular y provocar intercambio entre los adolescentes.

Posteriormente se procesaron los datos y se elaboró un informe con los resultados obtenidos para cada institución. Se procedió considerando a Valles (1999: 330); se realizaron el análisis y el informe sin perder de vista los objetivos de la investigación; se transcribieron los discursos de cada reunión; se seleccionaron las citas más ilustrativas, cruzando referencias por grupos de acuerdo a edad y sexo, ordenando de esta manera la información. En lo antedicho se consideraron el discurso general del grupo y los discursos particulares.

El procedimiento de análisis de datos se realizó a partir de categorías, que adquirieron el carácter de hipótesis que fueron constatadas en el proceso. Se codificaron los datos obtenidos mediante la fragmentalización, conceptualización y articulación, generando de esta manera los primeros datos acerca de los conceptos que se fueron contrastando con los datos siguientes, de manera comparativa, repitiendo la modalidad hasta que emergían datos nuevos, llegando así, según Krause (1995: 30-31), a la saturación teórica.

Para el diseño metodológico del trabajo con grupos en un estilo de moderación semidirigido, se prestó especial atención a los siguientes elementos: materiales dirigidos a estimular la conversación, preguntas guías y selección de las personas que formarían parte del grupo.

Como *materiales destinados a estimular la conversación* se utilizó folletería de prevención universal, producida por la JND y el INJU (2013) *¿Cómo la ves? Alcohol*, con la finalidad de promover salud y prevenir usos problemáticos del alcohol. Se trata de un folleto informativo de prevención selectiva universal del consumo de drogas dirigido a población adolescente, orientado a mejorar la disponibilidad de herramientas pedagógicas atractivas para las acciones de prevención.

Asimismo, se considera que existe suficiente evidencia empírica que reporta la mayor eficiencia de los programas de prevención universal a temprana edad (Becoña, 2010).

En ella se abordan: 1) aspectos generales del alcohol; 2) identificación de riesgos, conocimientos, mitos y creencias sobre las sustancias; 3) relación entre el consumo de alcohol, las habilidades interpersonales y la toma de decisiones, y 4) algunos efectos del consumo.

La selección de dicha folletería para incluirla en la investigación está dada fundamentalmente por dos motivos: por un lado, son materiales con los que la investigadora está ampliamente familiarizada, portando un profundo conocimiento de ellos. En el año 2012, se desarrolla, a solicitud de la JND, el "Estudio de evaluación sobre la dimensión comunicacional y capacidad formativa de la folletería en prevención del consumo de drogas para pre y adolescentes *¿Cómo la ves?*", a cargo de la investigadora.

El objetivo era mejorar la calidad de los materiales pedagógicos disponibles para la implementación de políticas públicas de drogas en prevención universal.

A fines de dicho año, y previa mejora de la calidad de los materiales de folletería, producto de integrar los resultados del estudio mencionado, se editaron nuevos materiales de *¿Cómo la ves? Alcohol* (JND-INJU, 2013).

Otro eje motivacional por el cual se incluye la folletería mencionada se relaciona con que el material el abordaje conceptual del tema alcohol refiere a la dimensión relacional de los sujetos con las sustancias, su entorno y consigo mismos.

De este modo se potencia la metodología planteada para esta investigación, dados la especificidad temática, lo selectivo de la edad a la cual está dirigido y el campo de aplicabilidad al cual está destinado.

El folleto problematiza una sustancia en particular: el alcohol. La población a la cual se refiere son preadolescentes y adolescentes de 11 a 15 años, aproximadamente, insertos en espacios de educación formal y/o no formal.

La folletería tiene como objetivos: a) brindar información veraz y científica sobre el alcohol; b) promover actitudes reflexivas frente al consumo de drogas, que fortalezcan habilidades para la vida, especialmente autoconocimiento, pensamiento crítico, relaciones interpersonales, manejo de emociones y sentimientos, pensamiento

creativo, comunicación asertiva y empatía; c) difundir la posibilidad de acceso a diferentes servicios y eventos sobre actividades saludables (culturales, sociales y recreativas) y servicios de asesoramiento y tratamiento del consumo de drogas.

Se estructura en función de una composición de cuatro módulos: 1) Presentación *¿Cómo la ves?*, 2) Historieta, 3) Juego y 4) Sección de difusión de servicios: ¡Activate!

Para la investigación se eligió trabajar presentando exclusivamente el módulo de la historieta. Opción posible, ya que se reprodujo la historieta en apartado independiente del folleto original, en dimensiones acordes con la propuesta de trabajo (papel satinado formato A8).

Dicha decisión se debe a que se consideró que el diseño y la organización gráfica de la historieta demostraron ser atractivos, los personajes y situaciones son amigables para el grupo objetivo. Promueven la reflexión y el pensamiento crítico. Las imágenes no colocan a la sustancia como protagonista, ya que, al ser un folleto de prevención universal, el énfasis está colocado en aportar a reflexionar sobre la realidad en la que se está viviendo.

La historieta busca tematizar y problematizar el consumo de alcohol. En una narración abierta acerca de un grupo de amigas y amigos, se les da prioridad a los elementos visuales y al diálogo entre personajes. En tanto relato abierto, otorga un lugar central al lector como intérprete y promueve una actitud activa hacia el material.

Se plantea un disparador, "Florencia quedó en coma etílico", y a partir de allí todos los personajes de la historia intercambian opiniones y experiencias personales respecto al consumo de alcohol. Lo que origina a la interna de los grupos focales con estudiantes de enseñanza media la interacción de los adolescentes entre sí, desde el diálogo, la reflexión, la crítica, lo lúdico y lo creativo, evidenciando la presencia de informaciones, conocimientos, creencias y elementos de narración que giran alrededor

de la temática en cuestión, lo que permite un conocimiento de los patrones culturales del grupo y aproximarnos a las construcciones míticas en torno a las variables que se desea investigar.

De las preguntas guías. El diseño de las preguntas guías planteadas en los grupos focales se organizó de modo que pudieran cumplirse los objetivos propuestos para la investigación.

En su planificación se estructuraron las preguntas en función de tres ejes fundamentales.

Las primeras preguntas están orientadas a convocar el interés en el material presentado, se proponen captar el interés de los y las participantes.

Luego las preguntas interrogan sobre los contenidos que plantean las imágenes de la historieta, proponiendo focalizarse. Promueven la aparición de una actitud activa frente a la historia, aportando elementos nuevos a su caracterización, que favorecen la percepción de aspectos vinculados a los riesgos, conocimientos, mitos y creencias sobre la sustancia.

Finalmente las preguntas buscan generar un clima de intercambio para la problematización del tema en su complejidad, integrando aspectos que promuevan las reflexiones individuales y grupales orientadas a la problematización de los efectos del consumo de alcohol y sus riesgos.

Las preguntas que guiaron la discusión en los grupos focales fueron las siguientes:

1. Según la historia, ¿quiénes son estos personajes?
2. ¿Qué vínculo creen que tienen entre ellos?
3. ¿Dónde creen que están en el momento de esta conversación?
4. ¿De qué sustancia están hablando?
5. ¿Les resulta familiar la situación en la que se encuentran estos personajes?

6. ¿Los jóvenes suelen hablar sobre las bebidas alcohólicas?

7. ¿Qué saben ustedes sobre el consumo de bebidas alcohólicas?

8. ¿Qué riesgos relacionados con el consumo de alcohol creen ustedes que existen en las situaciones planteadas por los personajes?

9. ¿Cómo creen que se sienten estos personajes al conversar de todas estas situaciones?

10. ¿Por qué creen que los jóvenes beben alcohol?

11. ¿Creen que es posible divertirse sin alcohol?

12. ¿De qué forma?

13. ¿Qué opinan sobre que Florencia haya tomado a la par de Fabricio?

14. ¿Saben qué es un en coma etílico?

15. ¿Qué riesgos puede haber en lo que hace Rodri los fines de semana?

16. ¿Cuáles piensan ustedes que son las causas por las que un joven puede llegar a abusar del alcohol?

17. ¿Conocen personas que abusan del alcohol?

18. ¿Se podría hacer algo para ayudarlas?

De la selección de los estudiantes que integraron los grupos. El carácter exploratorio de este proyecto permitió desarrollar una investigación aplicada a un campo natural de realización en escenarios formales de la educación.

La muestra elegida por conveniencia —"Procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona los participantes que estén dispuestos y disponibles" (Creswell, 2009: 158)— se compuso por un grupo de estudiantes, hombres y mujeres, que durante el período comprendido entre los meses de marzo y diciembre del año 2015 estuvieron inscritos oficialmente en materias curriculares de primero y tercer año del

ciclo básico de la enseñanza media, en dos liceos ubicados en la zona oeste de la capital del país.

La elección del procedimiento se basa en que es un proceso fácil y económico, que no requiere de mucho tiempo y que asegura, por lo general, una alta tasa de participación.

En ambos liceos se procedió de la siguiente manera para la obtención de la muestra:

1. Presentación de la investigación a las autoridades del liceo.

2. Presentación de la investigación a los docentes del ciclo básico de todos los turnos procurando sensibilizarlos sobre la temática.

3. Realización de una convocatoria general en aula a participantes voluntarios de todos los primeros y terceros años.

4. Por esta vía se logró reunir 60 participantes; fueron aceptados todos los que ofrecieron su colaboración con el estudio. La distribución por año cursando, turno y sexo se ejemplifica en las siguientes tablas:

Primeros	Turnos	Mujeres	Hombres
	Matutino	9	7
	Vespertino	9	6
Subtotal		18 (30 %)	13 (22 %)
Total	31 (52%)		

Terceros	Turnos	Mujeres	Hombres
	Matutino	8	5
	Vespertino	9	7
Subtotal		17 (28%)	12 (20%)
Total	29 (48%)		

Tabla de distribución de los 60 participantes, por año cursando, turnos y sexo.

5. A todos ellos se les informó sobre:

- los objetivos y propósito del estudio;
- el método del procedimiento;
- el consentimiento informado, especialmente el anonimato, la confidencialidad, el carácter voluntario y la libertad que tienen los y las participantes de retirarse del estudio en cualquier momento.

6. Siguiendo los lineamientos éticos exigidos para este tipo de investigación, se solicitó tanto el consentimiento escrito de cada participante como el de un adulto mayor responsable (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Ulteriormente se verificó que los participantes presentaran dichos documentos antes del ingreso a los grupos focales.

7. Se acordaron en cada institución el día, la hora y el lugar para llevar adelante los grupos focales.

8. Se desarrollaron los grupos focales.

Durante el trabajo de campo se utilizó la observación participante. El cuaderno de campo constituyó un importante insumo de planificación, sistematización y análisis que fue consultado y revisado permanentemente.

Patton (1990) propone algunas directrices para llevar adelante las notas de campo:

1. Ser descriptivo.

2. Recoger variedad de información de las distintas intervenciones.

3. Utilizar citas y relatos textuales de los participantes.

4. Tener en cuenta que las perspectivas de los participantes pueden ser acotadas.

5. Diferenciar con claridad descripciones, interpretaciones y juicios de valor (propios y ajenos).

6. Incluir experiencias y reflexiones propias en las notas de campo.

Dicho soporte acompañó todas las etapas del proceso. Se registraron información acerca de aspectos contextuales de los encuentros y distintas impresiones de la investigadora acerca de su implicación en el proceso.

Este material enriqueció la observación directa y fue indispensable para el análisis posterior, para la jerarquización de las ideas producidas y para la estructuración y contrastación de las representaciones sociales emergentes.

3.5. Aspectos éticos

En términos generales, este estudio se basó en el Código de Ética del Psicólogo (2001) y por el decreto del MSP que resguarda los derechos de los seres humanos que participen en investigaciones (379/008).

Al comprometerse, se les brindó a los participantes información acerca de los propósitos y usos de las conclusiones del estudio de manera clara y sencilla.

Se dejó constancia en los consentimientos de la metodología de la recolección de datos, sus riesgos y beneficios y de la posibilidad de retirarse en cualquier momento.

Las consideraciones de tipo ético para el trabajo en los grupos focales tuvieron en cuenta el resguardo de la autenticidad de la información. Se prestó sumo cuidado a que nadie en el grupo se viera afectado por las opiniones de los otros, y las informaciones vertidas fueron manejadas con confidencialidad, evitando que se utilice libremente dicha información.

Al comienzo de cada grupo, los participantes fueron motivados a mantener la confidencialidad, clarificando que la opinión de cada uno, desde el momento en que es compartida con el resto del grupo, se convierte en una opinión colectiva. Por su parte, la investigadora asume la responsabilidad de mantener el anonimato de lo expresado por los participantes.

Cabe señalar que el investigador es un instrumento de análisis, que impulsa sus acciones con una intencionalidad ética y metodológica. Por lo que fue fundamental en el estudio el vínculo establecido con los participantes para optimizar el desarrollo de los grupos focales, reconociendo el protagonismo del rol.

4. Resultados

4.1. Desarrollo de los grupos focales

4.1.1. Sesión de trabajo con los grupos focales

El objetivo de las sesiones desarrolladas mediante la implementación de grupos focales fue conocer y analizar los juicios, percepciones y opiniones de los estudiantes del ciclo básico de enseñanza media con relación al consumo de alcohol.

Se llevaron a cabo cuatro sesiones de grupo focales con estudiantes de primer año del ciclo básico de enseñanza media: dos en horario matutino (15 de julio y 19 de agosto de 2015) y dos en horario vespertino (15 de julio y 7 de agosto de 2015).

En todos los casos y situaciones se trabajó cómodamente y sin interferencias.

Los estudiantes que participaron en los grupos focales correspondientes al primer año del ciclo básico de enseñanza media fueron 31, distribuidos del siguiente modo: 18 mujeres y 13 varones (ubicándose tanto la media como la moda en 13 años). En su totalidad se encontraban cursando ese año por primera vez.

Los motivos principales expresados por los cuales se sintieron interesados en participar fueron: curiosidad por saber qué significaba colaborar con una investigación; 2) interés en intercambiar con sus pares sobre el tema; 3) alguno de los participantes llegó a manifestar que su participación allí lo eximía de otras obligaciones curriculares en ese momento.

En términos generales, en todos los grupos se evidenciaron compromiso con la tarea e interés en intercambiar ideas.

Al igual que en el segmento anterior, los grupos focales instrumentados con estudiantes de tercer año del ciclo básico de enseñanza media se distribuyeron en cuatro sesiones: dos en horario matutino (15 de julio y 7 de agosto de 2015) y dos en horario vespertino (15 de julio y 7 de agosto de 2015).

En todas las situaciones se pudo contar con un espacio áulico adecuado para los fines del trabajo. Participaron 29 estudiantes de tercer año del ciclo básico de enseñanza media (17 mujeres y 12 varones, ubicándose tanto la media como la moda en 15 años). Salvo en un caso, todos los demás se encontraban cursando por primera vez tercer año.

Los principales motivos que los convocaron a participar, según lo que manifestaron, fueron el interés por el tema y las ganas de discutir con pares al respecto.

En todos los grupos pudo constatarse buena disposición a la tarea y se pudo observar un clima distendido y de confianza.

4.1.2. Sesiones de trabajo: Descripción general del dispositivo

Presentación del moderador. Se les solicitó a los participantes su colaboración y la mayor seriedad posible ante la propuesta planteada en esta investigación. Se solicitó también el respeto a las intervenciones de los integrantes del grupo, hablando fuerte y una persona por vez.

Presentación de los participantes. Cada participante se presentó con su nombre, resolviendo las últimas dudas sobre el funcionamiento del grupo focal.

Apertura de las sesiones. Cada sesión comenzó con la lectura de la historieta elegida como estímulo disparador de la discusión. La modalidad de lectura fue opcional, acordada por los integrantes de los grupos.

En cinco de los ocho grupos se determinó que cada participante la leyera individualmente en silencio. En tres de estos la lectura fue colectiva, asignando una voz a cada personaje de la historia.

Al finalizar las lecturas, se realizaron las preguntas base que se tenían preparadas.

En términos generales, en todos los grupos se observó una evolución del clima grupal desde una parquedad e inhibición inicial hacia un diálogo más distendido en el que imperó la confianza.

En todas las situaciones se repreguntó cada vez que se consideró necesario para obtener la información pertinente para el desarrollo del estudio, tratando de esclarecer los conceptos y procurando respuestas más sustanciosas.

Las sesiones tuvieron una duración de entre 45 y 50 minutos.

Al finalizar cada sesión, se invitó a los participantes del grupo a evacuar cualquier duda con respecto a los grupos focales instrumentados, su sentido y pertinencia. Asimismo se realizaron breves síntesis de lo conversado en cada oportunidad.

Las siguientes tablas nos muestran la distribución de los estudiantes de los grupos focales de los primeros años por turno, sexo y edad.

Fecha	Turno	Sexo	Edad
15/07/15	Matutino	F	13
		F	13
		F	12
		F	12
		M	13
		M	12
		M	12
		M	12

Fecha	Turno	Sexo	Edad
19/08/15	Matutino	F	13
		F	13
		F	13
		F	13
		F	13
		M	13
		M	13
		M	13

Fecha	Turno	Sexo	Edad
15/07/15	Vespertino	F	13
		F	13
		F	13
		F	12
		M	13
		M	13
		M	13

Fecha	Turno	Sexo	Edad
07/08/15	Vespertino	F	13
		F	13
		F	13
		F	13
		F	12
		M	13
		M	13
		M	12

Distribución de los estudiantes de los grupos focales de los terceros años por turno, sexo y edad:

Fecha	Turno	Sexo	Edad
15/07/15	Matutino	F	15
		F	16
		F	15
		F	14
		M	15
		M	15

Fecha	Turno	Sexo	Edad
19/08/15	Matutino	F	15
		F	15
		F	15
		F	14
		M	15
		M	15
		M	15

Fecha	Turno	Sexo	Edad
15/07/15	Vespertino	F	15
		F	15
		F	15
		F	15
		F	14
		M	15
		M	15
		M	15

Fecha	Turno	Sexo	Edad
07/08/15	Vespertino	F	15
		F	15
		F	15
		F	14
		M	15
		M	15
		M	15
		M	14

4.1.3. Datos que contextualizan los resultados.

Para comprender los resultados a los que se arribó en el estudio, es necesario ilustrar en términos informativos algunos datos que contextualizan la educación secundaria y en especial a los liceos que integraron la muestra.

Datos del año 2013 informan que asisten a liceos públicos de educación secundaria un total de 227.858 alumnos en todo el país. De ellos, 74.090 van a liceos en Montevideo y 153.768 estudian en el interior.

El estudio se desarrolló en dos liceos públicos pertenecientes al Municipio A de Montevideo, ubicados en el barrio del Cerro.

Ambos liceos tienen una amplia trayectoria de vinculación con instituciones y/u organizaciones de la zona

Reciben jóvenes de varias zonas de influencia, albergando un número aproximado de 600 estudiantes cada uno, distribuidos en los tres años del ciclo básico. Los equipos docentes se encuentran conformados aproximadamente por un total de 70 docentes.

A continuación se mostrará la distribución de hombres y mujeres que cursan, en ambas instituciones primero o tercero en el año 2015.

Año que cursa	Mujeres	Hombres	Cantidad
Primero	283	251	534
Tercero	150	136	286
Totales	433	387	820

Del estudio de información registrada y de entrevistas a los integrantes del Equipo de Dirección se obtuvieron los siguientes datos: Para los estudiantes que cursan primer año, los datos obtenidos, en términos generales, sobre sus familias aportan que la mujer es la jefa de familia y se desempeña en tareas domésticas. En la ocupación laboral del padre o pareja de la madre surge el ser empleado en negocios de la zona, como peón rural y en la construcción. Declarando haber un grupo menor de desocupados. El promedio de hijos es cuatro y los estudios generales de los adultos, la primaria incompleta.

Sobre el estudiante que ingresa al liceo, de la información se desprende que más de la mitad de los adolescentes han repetido algún año escolar, que asisten a centros juveniles de la zona, especialmente aquellos que tiene servicio de comedor, realizando alguna otra actividad además de lo académico: deportes (fútbol y básquetbol) y algunos estudian inglés. Cuidan a sus hermanos menores gran parte del tiempo que no están en el liceo.

Para los estudiantes que cursan tercer año, los datos obtenidos, en términos generales, sobre sus familias aportan que la madre vive en pareja o el padre vive en pareja. La ocupación laboral de los hombres es variada, presentándose como empleados

de negocios de la zona, rural, de la construcción, sanitarios, docentes, policías, comerciantes. La ocupación laboral las mujeres es ama de casa o empleada doméstica. Mayoritariamente los estudiantes de tercero no trabajan en tareas remuneradas; solo algunos pocos que lo hacen con algún familiar, especialmente con su padre.

El promedio de hijos es tres y los estudios generales de los adultos, secundaria incompleta.

De los datos se desprende que las actividades que los estudiantes realizan fuera del horario del liceo son: asistir a centros juveniles de la zona, jugar al fútbol, estudiar idiomas (inglés y portugués), dormir, mirar televisión y jugar en la computadora. Consultados sobre qué es lo que les gusta más del liceo, la amplia mayoría responden "estar con sus amigos". Cuidan de sus hermanos y sobrinos menores gran parte del tiempo que no están en el liceo.

4.2. Análisis

En los materiales obtenidos del desarrollo de los grupos focales se ha podido observar que no hay diferencias significativas en lo aportado por los estudiantes de ambos sexos, como tampoco entre los que cursan en el turno matutino y vespertino. Se encuentran algunas diferencias según la edad de los estudiantes.

4.2.1. De la historieta

El estímulo utilizado como desencadenante de la conversación fue una ampliación de la historieta presente en el folleto *¿Cómo la ves? Alcohol*, elaborada por la Junta Nacional de Drogas y el Ministerio de Desarrollo Social, a través del Instituto Nacional de la Juventud.

Se trata de cinco cuadros coloridos en los que se representa una escena nocturna en la que aparecen alternativamente cuatro amigos en pleno fogón de playa tocando la guitarra y conversando. Se trata de un grupo con cierta diversidad étnica e igualdad en el número de hombres y mujeres.

No aparece en la escena ningún tipo de consumo de sustancias psicoactivas y todo sugiere relaciones de amistad en el marco de una ronda de fogón entre amigos. Los objetos inanimados presentes (mate, guitarra y bongó) aluden a situaciones de esparcimiento y encuentro entre amigos.

En la historieta, una de las chicas plantea que otra joven conocida por todos los presentes protagonizó el fin de semana un consumo abusivo de alcohol. A partir de allí, los personajes intercambian exponiendo lo que opina cada uno sobre la percepción del riesgo del consumo de alcohol, los conocimientos, mitos y creencias que tienen sobre dicha bebida.

En los grupos focales se discutieron las distintas perspectivas interpretativas de las actitudes denotadas por cada personaje y de las situaciones relatadas por ellos.

En términos generales y no habiéndose presentado diferencias cualitativas entre los grupos de primero y tercero, la historieta resultó atractiva y motivante para el intercambio grupal, la dinámica que impone el diálogo entre los personajes aporta riqueza a la discusión. Se puede decir que, de acuerdo con las respuestas de los jóvenes, se logró una rápida comprensión de la situación, ubicando los personajes e identificando la sustancia. La secuencia narrativa fue entendida unívocamente por todos, todos comprendieron con exactitud el desarrollo de la acción narrada así como el diálogo entre los personajes.

El lenguaje coloquial utilizado en todos los grupos fue sintético y concreto, con una predominancia de enunciados breves, con escasa adjetivación de los personajes y de las situaciones.

Por momentos, la comunicación se verificó mediante la apelación a la jerga juvenil de estos tiempos:

> Ayer no iba a tomar y pintó… con un amigo nos mamamos hasta las patas. (V, 15 años)
>
> Los canas los terminaron picando porque les quisieron pegar. Estaban repasados. (M, 13 años)
>
> ¿Sacás? Pintó y curtí. (M, 15 años)
>
> Y yo corté regil ahí… estaban en otro cuelgue tomándose todas las birras. (V, 13 años)

Apelando a esta jerga, los adolescentes encuentran una herramienta eficaz para oponerse al lenguaje oficial, habitualmente más solemne y rígido, al tiempo que buscan empatía y complicidad en sus pares.

De esta forma buscan generar contextos comunicativos en los que imperen relaciones de igualdad social y/o funcional entre los interlocutores, propiciando mediante esa coloquialidad una nueva vivencia de proximidad y experiencia compartida.

Según Lázaro Carreter (1978: 251-252), la *jerga* es "una lengua especial de un grupo social diferenciado, usada por sus hablantes solo en cuanto miembros de ese grupo social". Lograr asumir el dominio del lenguaje como significante de una cultura permite tener dominio sobre uno mismo como persona, pudiendo interpretar al mundo y la realidad circundante.

Cuanto más conocimiento se tenga de las propiedades simbólicas y lógicas de la lengua, mayor autoconocimiento se tendrá, pudiendo tener una mayor comprensión de la sociedad y su historia, así como del conjunto de objetos existentes (Mármol, J. 2015).

4.2.2. De los consumos de alcohol

Los discursos de los estudiantes a través de los cuales se aborda el tema de las drogas forman parte de la construcción social de la realidad, a la vez que la realidad refuerza esos discursos. Las convenciones que regulan y prohíben el uso de determinadas sustancias psicoactivas contribuyen a la existencia de consumos legales e ilegales; solo los últimos son percibidos como problema.

A continuación se presentan las verbalizaciones, significados y experiencias de los grupos de discusión en función de las unidades de información relacionadas con las creencias configuradas en relación con la segmentación obtenida del análisis.

Consumo de alcohol y posibilidad de hablar sobre el tema

En los grupos de primer año no se evidencia una identificación con la situación de reunirse con amigos a hablar del alcohol. Pero la situación en sí no les es ajena, ya que construyen relatos a partir de asociaciones con situaciones cercanas. Considerando que se suele hablar del alcohol.

> A veces, cuando voy con mi familia a la playa, están hablando de alcohol. (GF L46; G3, V1).
>
> Yo no hablo de alcohol con mis amigas, pero escucho que mi hermano sí habla con sus amigos y dicen "vamos a comprar cerveza, vamos a comprar vino". (G.F. 46; G1, M1)
>
> Sí, con mi prima. Ayer… porque el cumpleaños fue el martes y planificó todo ayer para comprar las cosas. Y hoy fue a comprarlas. Mi prima cumplía 17 años, pero no es mayor, pero ta, sí, los padres están ahí en la casa mientras que ella está haciendo algo… Ta, hoy se fue a comprar el alcohol, pero ella primero preguntó en la casa si podía. Y la dejaron. (GF L70; G2, V1)

Existiendo una diferencia con los grupos de tercer año, ya que de los estudiantes de 15 años rápidamente surgen respuestas autorreferenciales:

> Hablamos de cuál nos gusta más, si probaste, si vamos a comprar. (GF L46; G1, M3)
>
> Yo sí hablo con mis amigos, decidimos qué tomar. (GF L46; G1, V3)
>
> Si te gusta o no algún trago. (GF L70; G2, V3)

Estas manifestaciones, podrían estar conjugando una serie de cuestiones que se expresan en forma singular y se relacionan en forma directa con el escenario en el cual se exteriorizan algunas de las características de la adolescencia, entre las cuales consumir alcohol puede ser un signo de independencia durante esta etapa.

- **Consumo de alcohol y accesibilidad**

En los grupos de tercer año se expresa que la accesibilidad a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas a su venta a menores.

> El alcohol está al alcance de todos, nosotros siendo menores podemos comprarlo en cualquier lado. (GF L70; G3, V3)
>
> Aunque esté prohibido vender, porque a los menores no se les puede vender, nos venden igual. (GF L46; G2, V3)

La facilidad con que los jóvenes tienen acceso al alcohol pone en evidencia la fragilidad con que se garantiza y fiscaliza el cumplimiento de la ley en nuestro país.

Los menores de 18 años tienen acceso a la compra de bebidas alcohólicas en diversos negocios (almacenes, supermercados, bares), aunque existe una ley que prohíbe la venta de alcohol a menores de edad. Esto estaría indicando la permisividad de los adultos, generando expectativas sociales de consumo respecto a un nivel de consumo habilitado y permitido.

- **Consumo de alcohol y naturalización**

En los grupos de los terceros años apareció destacado el consumo de alcohol como una práctica universal, generalizada y principalmente inocua, desprovista de los riesgos consustanciales de otras drogas.

> El alcohol está entre los mayores también, entre todos, y todo el mundo lo toma como algo habitual, o que no hace tanto daño. (GF L70; G4, M3)
>
> La gente no lo toma tanto como que es malo. Vos decías pasta base o cocaína, y ahí sí se ve el peligro. (GF L46; G2, V3)

En todos los grupos el consumo de alcohol apareció como una práctica legítima y ritualizada consustancial de los bailes y las fiestas. Existe además la posibilidad de festejos excepcionales en los que se toleran niveles de consumo mayores tales como carnavales o cumpleaños.

> En el Carnaval viste que hay gente así, de 13, 14 años que anda con una botella de vino y todo. (M, 13 años) (GF 46; G1, M1)
> Los días de fiesta capaz que toman. (M, 12 años) (GF 46; G1, M1)
> En las fiestas a veces tomo un vaso de sidra. (M, 13 años) (GF 46; G1, M1)
> En el cumpleaños de mi prima, tomé. Yo el año pasado no, el otro año, me tomé todo y me emborraché, en la fiesta. (V, 13 años) (GF 46; G1, M1)
> Pah, yo el año pasado también, el 31. (V, 13 años) (GF 46; G1, M1)

Consumo de alcohol y factores relacionales

En los antecedentes e influencia de consumo en los jóvenes, los contextos relacionales interpersonales tienen un papel muy importante. Los efectos de modelo que ejercen los grupos (familiar y de pares) así como la creación de expectativas relacionadas con el consumo son factores a considerar a la hora de comprender la ingesta de alcohol de este grupo etario.

La familia

El consumo familiar de alcohol apareció en forma recurrente asociado a cambios de conductas que llevan a la pérdida del autocontrol y al desarrollo de conductas de riesgo como el abuso, contribuyendo a la disfunción familiar y a la violencia.

> En el 15 de mi prima, empezaron a pelear mis tíos por tomar cerveza. (GF L46; G4, V1)
> Un día una de mis tías se emborrachó y casi mata a mi prima. (GF L70; G4, V1)

Mi hermana tiene problemas con el alcohol, como mis hermanos, se ponen agresivos. (GF L46; G4, V1)

Mi tío tiene problema de alcohol, se emborracha y rompe todo. (GF L70; G2, V3)

El consumo de alcohol en los hogares por parte de madres, padres y/o hermanos aparece como una práctica frecuente, aceptada y naturalizada. En varios grupos hubo múltiples alusiones a situaciones familiares de embriaguez y de franco abuso delante de los jóvenes.

Asimismo, en ocasiones se aludió también a la transmisión generacional de la práctica de consumo de alcohol como algo que si se verifica en padres aparece luego en su descendencia

Una vez vi a mi hermana darse vuelta por al alcohol. Salió como mi padre. (GF L70; G4, V1)

Mi padrastro toma y toma mucho. (GF L70; G4, V1)

Mi madre toma tranquila. (GF L46; G1, M1)

Mi padre toma y se emborracha. (GF L46; G1, M1)

A nadie le llama la atención que sus hijos vengan borrachos o tomemos algo a veces. (GF L70; G4, V1)

Como está todo ahora… como está el mundo ahora, tomar alcohol o drogarse o cualquier cosa es normal. Todo eso es natural. A nadie le llama la atención que sus hijos vengan borrachos o tomemos algo a veces. (GF L46; G3, V1)

También viene en generación con el padre y eso. Si el padre era alcohólico, le va a pasar lo mismo al hijo. (GF L46; G3, V1)

En los grupos de primer año se señaló a los padres como los principales iniciadores en el consumo, revelando además una importante tolerancia al uso del alcohol por los adolescentes (46; G1, M1).

Mi madre me dio a probar. Está bueno el rosado dulce. (46; G1, M1)

Mi padre me dijo: "Tomá, tomá un traguito y probá". Está propia la cerveza. (GF L46; G1, M1)

Hoy en día, ¿qué padre no te deja tomar alcohol? (GF 70; G3, V1)

Los padres están ahí en la casa mientras ella está tomando algo. (GF L70; G4, V1)

Mi prima tiene 17 años y hoy se fue a comprar alcohol, pero ella primero preguntó en la casa si podía. (GF L70; G4, V1)

Yo en mi cumpleaños no quiero tener alcohol porque viste que a veces pasa que empiezan a crear problemas, se empiezan a pegar los gurises, todos contra todos. Y para que me arruinen el cumpleaños no quiero poner alcohol. Pero ta, mi madre dijo que igual iba a poner cerveza o algo, porque ta, porque ellos van a tomar. (GF L70; G4, V1)

Mi padre toma conmigo. Él tranquilo, pero yo sigo y sigo. (GF L46; G1, M3)

El sistema familiar es de gran importancia para explicar la aparición de conductas de consumo en los jóvenes. La actitud que los adultos adquieren frente a la ingesta de alcohol, como sus propias pautas de consumo, pueden reforzar o desestimar la presión de otros factores desencadenantes.

Ya hemos señalado que nuestro país es el octavo país de América Latina en consumo de alcohol per cápita. Los consumos están vinculados a usos familiares y generan un estado de naturalización de la ingesta desde las edades más temprana de los niños.

Grupo de pares

Para los primeros años, los amigos son un factor que se asocia al consumo de alcohol. Pero pareciera que para algunos es posible la resistencia frente a la presión de sus pares, no siendo tan importante la influencia de los amigos.

Para caerles bien a los demás. (GF L46; G1, M1)

Ponele que lo inviten algunos amigos y no quiere, y lo forcejean a que tome. Porque si no, yo qué sé, no lo dejan juntar con ellos o yo qué sé, o algo. (GF L46; G1, M1)

Porque los amigos invitan. (V, 12 años) (GF 70; G2, M1)

Para hacerse ver frente a los amigos y decir “yo puedo”. (M, 12 años) (GF 70; G2, M1)

Ta, pero que tus amigos tomen no significa que vos tenés que tomar también. Si no querés, nadie te va a obligar. Bueno, te pueden obligar, pero si no querés no lo vas a hacer. (M, 12 años) (GF 70; G2, M1)

Pero la responsabilidad es tuya. Podés decir que no (V, 13 años) (GF 70; G2, M1)

Si es un amigo de verdad, no te dice "vamos a tomar". No te dice eso. (M, 13 años) (GF 70; G2, M1)

Los estudiantes de los grupos focales de tercer año ubican al alcohol en un ámbito social de reconocimiento. Defendiendo al consumo, afirmando la posibilidad de colocar límites, ya que para la mayoría de los jóvenes el alcohol es una sustancia que se puede controlar.

Es como que si vos estás con un vaso… yo lo admito… si vos estás con una cerveza en la mano sos recanchero y las pibas te miran. (V, 15 años) (GF 46; G1, M3)

Sí, y ahí las encarás. (V, 15 años) (GF 46; G1, M3)

Si estás en un cumpleaños y no empezás a tomar alcohol, no sé, es como que no estuvieras. (GF L46; G1, M3)

Si estás en un grupo que toman alcohol, tenés que tomar para sentirte igual. O que te acepten, para ser igual a los demás. Sentís que tenés que tomar. (GF L70; G2, M3)

Fui con ellos a bailar, y ellos tomaban y estaban en otro cuelgue. Yo qué sé, si no tomaba, seguro no me sentía tan bien como ellos. (M, 15 años) (GF 70; G2, V3)

Vos podés tomar hasta cuando querés. (M, 15 años) (GF 70; G2, V3)

El alcohol es percibido como medio socializador, facilitador de las relaciones sociales. El acento del consumo está ubicado en la determinación social más que en sus efectos farmacológicos.

Dicha droga favorece la interacción entre los pares, creando ámbitos sociales de bienestar; se asume como necesario para lograr una identidad al interior del grupo social, lo que permite expresar emociones.

- **Consumo de alcohol y causas**

De acuerdo con la opinión de los jóvenes, sin diferenciar sexo o edad, las principales razones por las cuales se consume alcohol son los problemas familiares y la necesidad de escapar de la realidad, logrando distraer a la persona de sus preocupaciones, de su tristeza y falta de contención.

> Porque se siente triste. (GF L70; G2, M1)
> Para olvidar. (GF L70; G3, V1)
> Porque tiene problemas. (GF L46; G4, M1)
> Porque toman los familiares. (GF L46; G1, V1)
> Hay padres que no les interesan sus hijos. (GF L70; G4, M1)
> Hay jóvenes que no tienen familia, que se manejan solos. (GF L70; G2, M1)

Algunos dicen que una persona lo hace porque quiere y porque le gusta, para probar cosas nuevas, por curiosidad y por diversión, y otros entienden que el consumo luego se convierte en una adicción.

> Por diversión. (GF L46; G3, V1)
> Dicen que a ellos les gusta tomar. (GF L46; G3, V1)
> Porque quería saber cómo era. (GF L46; G3, V1)
> Todos dicen que una vez no te hace nada. Pero luego te acostumbrás y después se empieza a tomar a cada rato, a cada rato, a cada rato. (GF L70; G4, V1)
> Tomar una vez te puede llevar a tomar otra y podés quedar enganchado. (GF L70; G2, M1)
> No saber lo que se está haciendo. (GF L70; G2, M1)
> Tomás, se te va la cabeza y te divertís. (GF L46; G3, V3)

- **Consumo de alcohol y efectos**

Los grupos de los más pequeños fueron los que revelaron una visión más crítica de los efectos del consumo, tanto en lo que refiere al plano más biológico como al psicológico o al nivel de las pautas vinculares de la sociedad. Probablemente esto se

deba a que su experiencia mayoritaria es como observadores atentos de las prácticas de consumo de sus mayores y no como consumidores en sí.

> Cualquiera que tome y tome, se parte el estómago. (GF L46; G3, V1)
> Te empezás a marear. (GF L70; G4, V1)
> Te emborrachás y empezás a hacer pavadas. (GF L70; G4, V1)
> Y de repente estábamos así mirando y le estaba gritando al árbol, y después lo abrazó, le dio un beso y se fue caminando. (GF L46; G1, M1)

En los grupos de tercero, en los que hay mayor experiencia como usuario, se observaron otro tipo de consideraciones, reconocen una serie de positividades inherentes al consumo, en las que este está más asociado a experiencias de bienestar, visto como una sustancia pasible de calmar dolores o de aliviar sufrimiento moral, e incluso como una bebida que tomada con moderación constituye una medicina de efectos benéficos y salutógenos.

> Si te controlás el alcohol es bueno para la salud. (GF L70; G2, M3)
> Yo sé que si tomás un traguito todas las noches te afloja… la presión. (GF L70; G2, M3)
> Por ejemplo, si te peleás con tu pareja tomás para olvidarla. Porque cuando tomás, pensás en cualquier otra cosa. (GF L46; G1, M3)
> Se intenta olvidar las cosas con el alcohol. (GF L46; G2, V3)

- **Consumo de alcohol, factores de riesgo y daños inherentes al abuso**

No obstante, pese a las formas naturalizadas de uso del alcohol que denotaron los participantes, también hubo diversas alusiones a algunos de sus riesgos. Esto indica cierto nivel de conciencia colectiva acerca de los perjuicios potenciales de su abuso.

Los más frecuentes identificados por los participantes fueron: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud en general, pérdida de memoria, peligro de ruptura de vínculos afectivos, desarrollo de consumo abusivo,

dependencia (necesitar tomar para expresar sentimientos, sentirse feliz), depresión, siniestralidad vial, violencia social y doméstica.

Las respuestas muestran que no hay diferencias significativas por sexo. Asimismo se constata que la percepción de riesgo difiere según la edad. Los estudiantes más grandes tienen baja percepción del riesgo de ingesta de alcohol.

En la opinión de los jóvenes de primer año sobre el consumo problemático, solo los fines de semana corren riesgo que quienes realizan esa práctica.

> Porque lo hace una vez, no quiere decir que no corra los mismos riesgos.
> En esa vez sola nomás te podés agarrar cualquier peste (refiriéndose a las relaciones sexuales).
> Todos dicen que por una vez no te hace nada, pero ya te gustó y querés tomar todos los días.
> Se emborrachan y no saben ni lo que hacen, pueden buscar problemas. (GF L70; G4, V1)
> Es lo mismo, porque si toma solo el fin de semana y toma mucha cantidad, sería lo mismo. (GF L70; G2, M1)

Mientras que en los grupos de tercer año los efectos inmediatos y placenteros alejan la posibilidad de daños a largo plazo si se mantiene un consumo moderado. No plantean la posibilidad de que sea perjudicial un consumo ocasional, infravalorando las posibles consecuencias que produce.

> Yo no tomo habitualmente, solo los fines de semana, cuando salgo con mis amigos. Tomo mucho, pero no pasa nada. (GF L46; G2, V3)
> Yo tomo los fines de semana y no me pasó nada. (GF L46; G1, M3)

Los jóvenes consideran que los efectos del alcohol afectan las capacidades cognitivas de evaluación coste-beneficio de la conducta sexual, y llevan a los sujetos a tener prácticas de riesgo.

Uno toma, no se cuida, tiene relaciones y puede quedar embarazada.

Borracha no tiene conciencia de lo que hace y no tiene conciencia de comprarse protección.

Tiene más probabilidades de embarazarse borracha que sobria, porque no tiene conciencia de lo que hace. (GF L46; G3, V1)

No se acuerdan de lo que hicieron. (GF L46; G1, M1)

No se acuerdan de si usaron condón o no. (GF L46; G1, M1)

El bebe puede salir con problemas. (GF L70; G2, M1)

Si la persona tiene una enfermedad se puede contagiar. (GF L70; G2, M1)

- **Consumo de alcohol y manejo de información**

Conocimiento sobre el coma etílico

En todos los grupos se constató un déficit informativo y de comprensión en relación con los riesgos inherentes al abuso del alcohol.

Se observó un desconocimiento generalizado sobre lo que significa un *coma etílico*, el que debería ser comprendido como una intoxicación por ingesta abusiva de alcohol, que provoca un estado comatoso. Según la Real Academia Española es un estado patológico que se caracteriza por la pérdida de memoria, la sensibilidad y la capacidad motora voluntaria.

Las opiniones vertidas fueron erráticas e imprecisas evidenciando carencias informativas aunque el coma etílico apareció asociado a riesgos graves.

La falta de información asertiva y de calidad puede comprometer la toma de decisiones en el momento de elegir el consumo de alcohol.

¿Coma qué? (GF L70; G4, V1)

Llegás a tu casa y te desmayás. (GF L70; G4, V1)

Que queda medio… como muerta. (GF L46; G1, M1)

Podés quedarte desmayado un día o podés quedarte tres meses sin abrir los ojos. (GF L46; G1, M1)

¿Coma etílico?... ¿qué es eso? (GF 46; G2, V3)

¿Sería eso que te pasó que no sabías si estabas medio muerto por lo mal que te sentías? (GF 70; G2, V3)

Conocimiento sobre conducción vial

Existe una asociación significativa entre el consumo de alcohol y la conflictividad con la ley expresada ante el hecho de manejar alcoholizado. La percepción del riesgo parece más asociada a la ley que a la salud o a las consecuencias que tal conducta puede tener.

La información manejada al respecto por los estudiantes de primer año es incorrecta.

> Conducís, y si justo te para la policía, lo hacen caminar derecho. (GF 46) G4, V1)
>
> Si vos conducís borracho te vas preso, y si te paran y te hacen caminar derecho para ver si estás alcohólico. (GF L70; G4, V1)
>
> Esa prueba es para ver si te encierran. (GF L70; G4, V1)
>
> Los que manejan no pueden tomar, porque si no, los paran y les hacen una multa de no sé cuántos años sin libreta. (GF L70; G2, M3)

Las expresiones intercambiadas en los grupos focales subestiman las conductas de riesgo relacionadas con la salud, quitando importancia a la exposición de viajar en un vehículo conducido por otra persona bajo los efectos del alcohol.

- **Consumo de alcohol y perspectiva de género**

En todos los grupos focales los estudiantes opinaron que existen diferencias de consumo de bebidas alcohólicas entre el hombre y la mujer. Asignándole distinto significados culturales entre hombre y mujeres. Existiendo un patrón naturalizado: en la cantidad de ingesta, en la resistencia, en el control que tienen uno u otro y en la elección del tipo de bebidas.

> Las mujeres beben menos y distintas cosas que los varones. (GF L70; G2, M1)

Sí, toman distintas cosas, pero los dos toman. (GF L70; G2, M1)

Los varones vino y whisky, mujeres más bien cerveza, los tragos preparados, a veces. (GF L70; G2, M1)

Los varones toman, más, más que las mujeres. (GF L46; G3, V1)

El hombre tiene más resistencia. (GF L46; G3, V1)

El hombre aguanta más. (GF L70; G4, V1)

No es igual que tome una mujer como un hombre porque el hombre se sabe controlar. (GF L70; G4, V3)

La mujer también se sabe controlar, pero solo cuando quiere y quiere poco. (GF L46; G2, V3)

Estudios nacionales y extranjeros muestran un aumento progresivo del consumo de alcohol en las mujeres, incluyendo a las adolescentes. Ya no se habla de la imagen clásica de mujer alcohólica, si no que se incluye su consumo dentro del patrón recreativo, en el cual se asocia la ingesta de alcohol como un hábito. No obstante, la imagen del varón y de la mujer que consumen es diferente. El consumo de la mujer suele asociarse a bebidas de baja graduación alcohólica o a tragos en los que el alcohol queda encubierto por la presencia de jugo de frutas. El "aguante" de los varones está dado a partir de la creencia de que el sexo masculino tiene una "cultura alcohólica" que le es trasmitida solo por ser varón, lo cual supone qué, cuánto y hasta dónde ingerir alcohol.

- **Consumo de alcohol y el deber ser como pautas esperadas**

Las actitudes frente al consumo de alcohol con relación a la interacción de lo imperante cultural y las variables propias de la experiencia de cada sujeto no presentan diferencia en cuanto a los sexos, pero sí existe una diferencia significativa entre las edades.

La actitud de los jóvenes más chicos, relacionada con el incumplimiento de las pautas esperadas (deber ser), identifica sentimientos tales como vergüenza, confianza entre sus pares, tristeza por lo que les pasa a sus amigos, preocupación.

Con vergüenza. (GF L46; G3, V1)
Un poco tristes. (GF L46; G1, M1)
Con confianza entre ellos. (GF L46; G1, M1)
Preocupados. (GF L70; G2, V1)

Mientras que en los grupos focales de estudiantes de tercer año la actitud frente al consumo está asociada a determinadas expectativas sociales acerca de dicho consumo con relación al momento vital que están transitando y a concebir la ingesta como un medio efectivo para producir una personalidad acorde con las exigencias de diversión e integración social esperadas como pautas.

Creo que se ríen, se les ven los dientes y todo. Les da gracia. (GF L46; G1, M3)
Se divierten escuchando lo que hicieron los otros. (GF L46; G2, V3)
Tomar lo favoreció porque encaró a Lucía. (GF L46; G2, V3)
Es divertido. Nos tendríamos que preocupar, pero no. (GF L70; G1, M3)

- **Diversión sin alcohol**

Las respuestas de todos los grupos focales generadas ante la pregunta asociada a la posibilidad de divertirse sin beber alcohol están relacionadas con la gestión de los tiempos libres, en los que prevalecen el hacer deportes y el encuentro selectivo con sus pares.

Una charla con amigos. (GF L70; G2, M1)
Paseando. Yendo a lugares con amigos. (GF L46; G3, V1)
Estando acompañada. (GF L46; G3, V1)

Yo con los amigos del barrio no salgo. En nuestro barrio se juntan todos y salen a emborracharse. (GF L46; G1, M1)

Yo voy a la casa de mi abuela y me junto con amigos de allá, y jugamos al fútbol. (GF L46; G1, M1)

Si yo veo una película de comedia y no tomo alcohol, me mato de la risa y me divierto igual. (GF L70; G1, M3)

Estimular a los jóvenes para la adquisición de hábitos saludables. El entrenamiento en habilidades para la vida y la convivencia (autoestima, resolución de conflictos, toma de decisiones, asertividad) aporta a manejar adecuadamente situaciones de riesgo para su salud, fortaleciendo las capacidades para adoptar comportamientos responsables ante la toma de decisiones cotidianas.

Por último, indagando sobre las creencias de los jóvenes respecto a si las personas con usos problemáticos de alcohol logran superar la adicción, las opiniones demuestran una actitud positiva ante dicha posibilidad. Las estrategias mencionadas están relacionadas con soluciones de búsqueda de apoyo, considerando que es difícil dejar de consumir en forma individual y solitaria; debe existir motivación en el consumidor para dejar de hacerlo.

Invitarlos a un grupo. (GF L70; G4, V1)

Haciendo folletos e informando. Porque a veces cuando dan folletos de alcohol la gente los agarra, los rompe y los tira.

Hacer una ley que prohíba tomar, como la del cigarro. (GF L70; G4, V1)

Metiéndolos en rehabilitación. (GF L46; G1, M3)

Ayudándolos a controlar lo que toman. (GF L46; G1, M3)

A veces no te escuchan o te escuchan y no les interesa. No sé. (GF L70; G2, M1)

Él dice “yo voy a salir de esto”, pero no se puede salir de la droga así solo. Precisan ayuda, aunque no lo admitan. Se precisa ayuda. Dice “yo puedo salir de esto solo”, pero se precisa ayuda. (GF L46; G3, V3)

Porque aunque uno les diga todo lo que les puede pasar, si ellos no quieren dejarlo no lo van a dejar. Son ellos los que tienen que mentalizar y decir: “Ya está, ya basta de alcohol. ¿Me ayudás?”. (GF L46; G1, V3)

5. Conclusiones

En este estudio se pudo observar que el uso de alcohol (tanto en sus variantes fermentadas como destiladas) es una práctica social y cultural con la que todos están familiarizados, dado que su consumo forma parte de la cotidianidad de los adolescentes. Su ingesta está integrada y legitimada a la interna de la familia, lo que en algunos casos origina que el joven reproduzca el modelo de consumo. Los estudiantes, tanto los varones como las mujeres, sienten que es una bebida que está disponible en los hogares, acompañada de la permisividad y tolerancia de los padres, ya que en alguna oportunidad son ellos quienes les dan de probar a sus hijos.

Existe la percepción de que es una sustancia de fácil accesibilidad en el mercado, asociada a la nula fiscalización de la ley.

El uso del alcohol es aceptado, naturalizándose su consumo; solo su abuso es percibido como un problema. En contraposición, respecto de las drogas ilegales su simple uso es fuertemente rechazado y percibido como un problema en sí mismo.

Su consumo está asociado con situaciones recreativas y placenteras, pero no desconocen las consecuencias físicas de su ingesta. Se la asocia como habilitadora del diálogo.

Existe una creencia de beneficio para el organismo si se toma moderadamente, pudiéndose pensar en una banalización de su consumo por los menores, debido al uso frecuente en el medio y la legalidad de su consumo en mayores de 18 años.

Entienden que es una sustancia que se puede controlar, ya que sus aspectos negativos no se asocian con la sustancia sino con el exceso de consumo. Las amistades

y las fiestas constituyen el contexto de interacción para legitimar los consumos, sean los personales como los de los demás.

A menor percepción de riesgo en el consumo de alcohol, mayor probabilidad de consumirlo.

La actitud que más adoptan los jóvenes con relación al consumo es de tolerancia, debido a que piensan que la principal causa son los problemas familiares y afectivos que se tienen. A ello se le suma el concepto del derecho a tomar cualquier decisión a pesar de las consecuencias.

Los resultados muestran que existen algunas diferencias entre las representaciones sociales presentadas por el grupo de estudiantes que ingresan a la educación media y cursan primer año, y las presentadas por los estudiantes que están por egresar del ciclo básico, que se encuentran cursando tercer año.

Existen algunas representaciones sociales básicas que nos muestran cómo los jóvenes piensan, entienden o interactúan con el alcohol, y depende de los efectos que se les atribuyen la percepción de su peligrosidad, la percepción de la normalidad o no de su consumo, el tipo y el control que se realice de este.

Los estudiantes de primer año de ciclo básico de enseñanza media mostraron mayor preocupación por los peligros asociados al consumo de alcohol y menos interés en usarlo para divertirse o alejarse de la realidad. Mientras que los estudiantes de tercer año mostraron una actitud menos cautelosa ante la percepción de baja peligrosidad, de gran tolerancia, fundamentando las razones de consumo en creencias asociadas a la evasión de la realidad y sensaciones placenteras.

Becoña (1991) sostiene que las creencias, actitudes, normas interiorizadas y la percepción de riesgo de las personas son de gran importancia al momento de predecir la intención conductual. Explica así que la percepción del riesgo que se tiene sobre las

distintas drogas depende de su uso y también de las creencias y la construcción social que se realiza de la sustancia.

Florencio Urzúa (1998) sostiene que hay factores comunes que determinan las conductas de riesgo de los jóvenes; señala entre ellas la edad, expectativas educacionales, influencia de los pares, calidad de vida comunitaria y ciertas variables psicológicas, como depresión y estrés.

Por su parte, Donas Burak (2001) distingue factores de riesgo de amplio espectro y conductas de riesgo que son específicas para un daño, colocando el consumo excesivo de alcohol en esta última.

En la sociedad, en la época actual, diversos intereses manipulan e invisibilizan riesgos mediante la ampliación o minimización de aquellas situaciones que son potencialmente peligrosas. Los autores Fernández Ríos, Cornes y Codesido (1997) señalan que el riesgo es construido socialmente y el individuo es quien lo percibe y valora.

Becoña (2002) destaca que la sociedad, al considerar que las drogas legales son menos peligrosas que las legales, incrementa la baja valoración de los peligros asociados al consumo. Percepción que el mercado fortalece al sobredimensionar algunos aspectos del producto a vender.

En una reciente iniciativa organizada por el MSP, la ANEP y la JND, el 15 de octubre fue nombrado como el Día de la Educación en la Prevención del Uso de Bebidas Alcohólicas.

El compromiso recuerda la importancia de “alcohol cero” en niños, niñas y adolescentes, ya que no se puede hablar de consumos responsables; a estas edades la única conducta responsable es no beber alcohol.

Con la actividad mencionada se pretende iniciar una campaña educativa para abordar la problemática de consumo abusivo de alcohol, intentando, a partir de la prevención, generar un cambio cultural en toda la sociedad.

Pensar en el diseño de estrategias efectivas de prevención del consumo de alcohol implicará, entonces, el conocimiento de las creencias y los mitos que se asocian al momento del consumo.

El alcohol se ha convertido en una de las sustancias protagonistas del consumo de drogas en el momento actual, y en lo que se refiere al consumo juvenil ha tomado un carácter destacado.

Un número importante de los jóvenes viven con naturalidad las pautas de conductas que se han adquirido con relación al consumo de alcohol, asociadas al sentido de la utilización del tiempo libre y las actividades desarrolladas en torno a la diversión.

Datos publicados por el OUD advierten que a los 13 años la mitad de los estudiantes de enseñanza media experimentaron con alcohol, en tanto lo hicieron 7 de cada 10 de 14 años y 8 de cada 10 de 15 años. Esto indica la precocidad del consumo de alcohol en los jóvenes. Se constata que 5,1 % de los estudiantes de 13 años consumieron habitualmente sobre el nivel de intoxicación en el último mes; el porcentaje es de 11,6 % para los estudiantes de 15 años.

Grant y Dawson (1997) aseguran que cerca del 40 % de los que reportaron haber comenzado a beber antes de los 15 años describieron que en algún momento de su vida llegaron a tener dependencia al alcohol. Esta cifra es cuatro veces superior a la reportada por quienes empezaron a beber a los 21 años.

La evidencia muestra que a menor percepción del riesgo mayor consumo. Y no existe un consumo sin riesgo en los menores de 18 años, dado que el cerebro del adolescente es un órgano en desarrollo hasta ese momento y cualquier consumo de

sustancia puede afectar su plasticidad y por lo tanto el potencial de aprendizaje (Babor et cols., 2010).

Ante lo expuesto, los objetivos de los planes nacionales de drogas deberían evitar que las nuevas generaciones adopten los patrones de uso existentes, peligrosos para la salud, buscando romper con esa identificación de diversión durante los fines de semana y los días festivos y experimentación de nuevas sensaciones.

Este estudio permitió problematizar la historieta como herramienta de abordaje en la prevención del alcohol. Si bien la investigación comprueba la capacidad informativa del folleto, pone en duda la estimulación de la dimensión creativa, en tanto no favorece la habilidad para percibir, asimilar y comprender distintos lenguajes expresivos.

La potencialidad creativa y expresiva se encuentra presente en todos los seres humanos, ya que es de carácter universal.

> El caudal expresivo impulsa la canalización de lo interno hacia lo externo, y entre estos mundos se crea un espacio que puede operar a modo de "espacio transicional", que puede contener, dar sostén y transformar lo que la persona trae. (Meerhoff, 2014: 25-30)

La creatividad es esencial para tener un estilo de vida saludable y disfrutable. Se la entiende como cualquier acto o actividad en que usamos el cerebro para imaginar o pensar algo nuevo, incluso si solo es nuevo para cada uno.

Participar en actividades creativas fortalece el cerebro, habilita nuevas conexiones con sus diferentes áreas, segrega elementos químicos beneficiosos para el cuerpo.

Según Vigotsky (1981), el cerebro conserva y reproduce información, pero no se limita a ello; aprende a crear, innovar, combinar y reelaborar conceptos partiendo de los anteriores, lo cual hace que en la actividad creadora la persona modifique su presente y se proyecte hacia el futuro.

> Desde una metodología preventiva participativa, en el marco de una política de promoción de salud, se convoca a la participación en estrategias creativas; en un "hacer con", posibilitando la organización de la comunidad con el fin de hacer frente a las diversas dificultades, apostando así a posibles transformaciones. (Recto, 2015)

Incorporar estrategias que se enmarquen en una concepción de trabajo en salud en la que se integren espacios que favorezcan el potencial creativo, mediante diversos lenguajes expresivos, estimulará el interés de los jóvenes, provocando reacciones emocionales y permitiendo que se expresen de todas las maneras posibles. Habiendo distintas maneras de hacerlo, hay que encontrar la más adecuada, teniendo en cuenta las tradiciones locales, la cultura y demás factores que puedan intervenir.

Proponiendo que los materiales y técnicas a utilizar estén dirigidos a una participación libre y espontánea que genere motivación y estímulo, lo que constituye un complemento formativo en promoción de salud y prevención de usos problemáticos de drogas, fortaleciendo dichos espacios con la circulación de información adecuada, que permita comprender la complejidad de las cuestiones relacionadas con el problema.

La Sexta Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (OUD, 2014), referida al impacto de la tolerancia y permisividad de los padres, muestra que en el caso del 70 % de los estudiantes que han tenido episodios de abuso de alcohol en los últimos 15 días ninguno de los padres se ha mostrado molesto ante esta situación.

Dado que es una droga de contradicción permanente —se permite consumir pero se advierte de su peligro, se puede usar pero no se puede ni se debe abusar—, es importante incluir en las estrategias de la salud pública instancias educativas con las

familias, con el objetivo de fortalecer su rol preventivo, procurando un mejor conocimiento de las diversas acciones que pueden desarrollar para ello.

Promoviendo la participación de los diversos colectivos comunitarios en el área de la construcción de la salud, reconociendo a la salud como un derecho que todo ciudadano puede y quiere ejercer.

Esto supone un compromiso, una filosofía y una ética por la vida que deberían permear el proceso de todo trabajador del área de la salud.

Finalmente, se recomienda el uso prudente de los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que el hecho de usar muestras no probabilísticas limita las posibilidades de generalización de sus conclusiones hacia la explicación del consumo de alcohol en todos los jóvenes comprendidos en el ciclo básico de la educación media del Municipio A de Montevideo.

Referencias bibliográficas[*]

Abric, J. C. (2001). Prácticas sociales, representaciones sociales. En Abric, J. C. (comp.) *Prácticas sociales y representaciones*. México D. F.: Coyoacán.

Aigneren, M. (2006). *La técnica de recolección de información mediante los grupos focales.* Centro de Estudios de Opinión. Antioquia: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Alonso, L. E. (1998). El grupo de discusión y su práctica. Memoria social, intertextualidad y acción comunicativa. En *Una mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.

Arbesun, R. (2002). *El grupo de discusión como técnica en la práctica investigativa.* Ficha CEUP-Psicología, Montevideo: Universidad de la República.

Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S. et al. (2010). *El alcohol, un producto de consumo no ordinario*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Baeza, M. (2003). *Los caminos invisibles de la realidad social. Ensayo de sociología profunda sobre imaginarios sociales*. Santiago de Chile: Editores.

Baldwin, J. A. y Rolf, J. E. (1996). *Desarrollar sensibilidad cultural del VIH/sida ante el fenómeno de abuso de sustancias. Programas de estudio de prevención para los jóvenes.* Cambridge: Rhoda.

Beck, F.; Bryman, A. y Futing, L. (2004). *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods.* Nueva Delhi: Publicaciones Sage.

[*] Según normas APA.

Becoña, E. (1991). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

— (2000). *Los adolescentes y el consumo de drogas.* Papeles del Psicólogo n.° 77. Universidad Santiago de Compostela.

— (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid.

— (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica.* Delegación del Gobierno para el Plan sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Barcelona: Socidrogalcohol.

— (2012). Alcoholismo. En Vallejo, M. A. (coord). *Manual de terapia de conducta.* Tomo II. Madrid: Dykinson.

Bialakowsky, A. (2004). *Drogas y cultura: conflicto de paradigmas.* Buenos Aires: Paidós.

Botvin, G. J. y Botvin, E. M. (1992). *Adolescencia; tabaco, alcohol y abuso de drogas; estrategias de prevención, hallazgos empíricos y cuestiones de evaluación.* Estudio piloto. Departamento de Desarrollo y Comportamiento Pediátrico. Cornell University Medical College. Nueva York.

Botvin, G. J.; Baker, E.; Dusembury, L.; Tortu, S. y Botvin, E. M. (1990). Prevenir el abuso de drogas en adolescentes a través de un enfoque cognitivo-conductual multimodal. *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*. Cornell University Medical College. Nueva York.

Bremner, P. (2011). *Young people, alcohol and influences. A study of young people and their relationship with alcohol*. Londres: Joseph Rowntree Foundation.

Burak, D. (2001). Adolescencia y juventud en América Latina (489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.

Cabrera, D. (2003). *Imaginario social, comunicación e identidad colectiva*. Navarra: Portal.

Cabrera, R. y Cabrera, J. (1994). *Las drogas de abuso: Un reto sanitario*. Madrid: Cauce.

Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, vol. 14, n.º 1. Mallorca.

— (2014). Entrevista. 20/10/14. *Diario de Mallorca*. Recuperado de https://www.google.com.uy/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=diario%20de%20mallorca%20entervista%20a%20calafat

Calafat, A. y Montserrat, J. (2003). De la etiología a prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones. Revista Socidrogalcohol*. Vol. 15, n.° extra 2. Mallorca.

Calzada, J. (2012). *Gobierno y empresas comienzan a analizar acciones contra el consumo de alcohol.* Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=243: gobierno - y - empresas - comienzan - a - analizar - acciones - contra - el - consumo -de alcohol&catid=14:noticias&itemid=59

Campbell, D. y Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.* Buenos Aires: Amorrortu.

Caplan, R. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva.* Buenos aires: Paidós.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. París: Gallimard.

Castoriadis, C. (1990). *El mundo fragmentado*. Montevideo: Caronte Ensayos.

— (2002). *La institución imaginaria de la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Castro, A. (2008). *Promoción de salud y prevención en educación formal*. Montevideo: IMPO.

Cedro (2013). *Encuesta de consumo de alcohol en menores de edad.* Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas del Perú.

Código de Ética Profesional del Psicólogo/a (2001). Comisión de Ética Profesional: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay - Sociedad de Psicología del Uruguay - Facultad de Psicología (Udelar) - Facultad de Psicología (UCU). Montevideo.

Código de la Niñez y la Adolescencia (2004). Gobierno de la República Oriental del Uruguay.

Coie, J.; Watt, N. F. et al. (1993). *La ciencia de la prevención: un marco conceptual y algunas instrucciones para un programa nacional de investigación*. Washington D. C.: American Psychologist.

Colom, J.; Contel, M.; Segura, L. y Gual, A. (2002). *Intervención en poblaciones de riesgo: los bebedores de riesgo*. (Monografía).

Colomer, C. y Álvarez (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Intervalo.

Comisión de Juventud del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia, Adolescencia y Juventud, Consejo Nacional de Políticas Sociales. *Plan Nacional de Juventudes 2011-2015*. Montevideo.

Consejo de Enseñanza Secundaria (2008). *Liceos del Uruguay*. Montevideo. Recuperado en: es.slideshare.net/LaAcademia/liceos-del-uruguay

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Estrategia Nacional sobre Drogas. Período 2003-2008. Gobierno de Chile.

Creswell, J. (2009). *Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas*. Londres: Sage.

Decreto ley 14294 de 31/10/1974. Recuperado de w.parlamento.gub.uy/leyes/ley14294

Decreto ley 346/1999. Recuperado en www.parlamento.gub.uy/leyes/ley346

Delors, J. (1994). Los cuatro pilares de la educación. En *La educación encierra un tesoro*. México: El Correo de la Unesco, pp. 91-103.

Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico.* Buenos Aires: La Pléyade.

Escohotado, A. (1989). *Historia general de las drogas.* Madrid: Sistre.

— (2008). *Historia general de las drogas.* Madrid: Espasa Calpe.

Fariña, J. (2000). *La ética en movimiento.* Buenos Aires: Humanidades.

— (2004). *Un horizonte en quiebra.* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Fernández Ríos, L.; Cornes, J. y Codesido, F. (1997). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámides.

Fernández Romar, J. (1999). *Los fármacos malditos*. Montevideo: Nordan Comunidad.

Ferry, G. (1997). *Pedagogía de la formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Feuerlein, W. (1982). *Alcoholismo: Abuso y dependencia*. Barcelona: Salvat.

Franco, Y. (2003). *Magma: Cornelius Castoriadis: psicoanálisis, filosofía y política*. Buenos Aires: Biblos.

Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

— (1991). Cómo y por qué acercarse a los adolescentes que consumen drogas. En Xunta de Galicia, *Menores con problemática del consumo de drogas: La intervención desde la institución* (pp. 19-35). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Servicios Sociais.

García-Señorán, M. M. (1994). *Educación para la salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención*. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago.

Gibb, A. (1997). *Grupo de enfoque.* Departamento Social de Medicina. Bristol: Universidad de Bristol.

Gilchrist, L. D. (1995). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas; aspectos metodológicos.* Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

González, C. (1983). *Droga y cuestión criminal en el pensamiento criminológico*. Buenos Aires: Astrea.

González, M. (2007). *Genealogía de las drogas en la sociedad.* Documento del Área de Reducción de la Demanda. Secretaría Nacional de Drogas. Montevideo.

Gordon, L. (1987). *Nuevas perspectivas en prevención*. Valencia: Rodas.

Grant, B. F.; Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the longitudinal alcohol epidemiologic survey. EE. UU. *Journal of Substance Abuse*.

Hann, E. (1985). *Realidad social y conocimiento sociológico*. Matanzas: Ciencias Sociales.

Hansen, W. B. (1997). *Aproximaciones psicosociales a la prevención: el uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas*. USA: Psicología Conductual.

Hernández, C.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Colombia: McGraw-Hill.

Hurtado, D. (2004). *Reflexiones sobre la teoría de imaginarios*. Santiago de Chile: Flacso.

— (2008). *La configuración como recurso para comprender las significaciones imaginarias*. Manizales: Cinde.

Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales: Teoría y métodos. En *Ideología de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.

— (1996). Teoría de las representaciones sociales. En *Fluctuaciones conceptuales en torno a la Postmoderniad*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

— (1997). *El grupo de discusión. Teoría y praxis sociológica*. Madrid: Siglo XXI.

— (2002). *Psicología de las representaciones sociales*. Barcelona: Sendai.

Instituto Interamericano del Niño (1990). Manual Regional de Educación Preventiva Participativa. Montevideo.

Instituto Nacional de Estadística (2011). Censo de Población y Vivienda 2011. Montevideo: IMPO.

Iñíguez, L. (2004a). *El debate sobre metodología cualitativa versus cuantitativa*. Material de apoyo obtenido por Plataforma Moodle. Montevideo: Universidad de la República.

— (2004b). *Métodos cualitativos.* Material de apoyo obtenido por Plataforma Moodle. Montevideo: Universidad de la República.

Jellinek, M. (1960). *The Disease Concept of Alocholism.* New Haven: H. Press.

Jodelet, D. (1984). La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II*. Barcelona: Paidós.

Junta Nacional de Drogas (2007). *Drogas. Guía para padres y madres.* Montevideo.

— (2011a). *Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Montevideo.* Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/imagenes/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

— (2011b). *Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia*. Montevideo. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/20111020_sobre_ruidos_y_nueces.htm

— (2011c). *Uso de drogas en población escolarizada*. 2009-2010. Montevideo. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/imagenes/stories/pdf/Informa_subregional.2009.pdf

— (2011d). *Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas 2011-2015.* Montevideo.

— (2011e). *Quinta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.* Montevideo.

— (2012). *Problemas drogas, compromiso de todos*. Montevideo.

— (2013). Diagnóstico local sobre la problemática del consumo de drogas en el Cerro, 2012. En *Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana*. Montevideo.

— (2014). *Sexta Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.* Montevideo Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf

Junta Nacional de Drogas - Consejo de Educación Secundaria - Consejo de Educación Técnico-Profesional - Universidad del Trabajo del Uruguay (2004). *Guía de medidas preventivas y manejo de situaciones vinculadas a usos problemáticos de drogas em Centros Educativos.* Montevideo.

Junta Nacional de Drogas - Administración Nacional de Enseñanza Pública - Consejo Directivo Central (2008). *Los usos de drogas y su abordaje en la educación media.* Montevideo.

Junta Nacional de Drogas - Administración Nacional de Enseñanza Pública (2009a). *Fundamentos políticos acerca del abordaje del consumo y de los usos problemáticos de drogas en el sistema educativo formal*. Montevideo.

— (2009b). *Manual para la promoción de salud y prevención.* Montevideo.

Junta Nacional de Drogas - Instituto Nacional de la Juventud (2013). Folletos *¿Como la ves? Alcohol*. Montevideo.

Junta Nacional de Drogas - Ministerio de Desarrollo Social (2010). *Guía Promotores de Salud.* Montevideo.

Junta Nacional de Drogas - Ministerio de Salud Pública (2005). *Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas.* Montevideo.

Kaplán, L. (1986). *Adolescencia. El adiós a la infancia.* Buenos Aires: Paidós.

Lázaro Carreter, F. (1978). *Diccionario de términos filológicos.* Madrid: Gredos, pp. 251-252.

Le Breton, D. (2003). *Adolescencia bajo riesgo*. Montevideo: Trilce.

Luengo, M. et al. (1998). *Entrenamiento en habilidades de vida.* Santiago de Chile: Ministerio de Educación y Cultura.

Machín, J.; Merlo, R. y Milanese, E. (2010). *Redes sociales y farmacodependencias. Aportes para la intervención*. Distrito Federal de México: Sur.

Maciá, D. (1993). La valoración de programas de la intervención comportamental educativa para la prevención de la drogodependencia. En García, J. A. y Ruiz, J. (comps.) *Tratado sobre la prevención de las drogodependencia.* Bilbao: Edex.

— (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir.* Madrid: Pirámide.

Magrí, N. (1989). *La representación social de las drogodependencias de la población juvenil de Barcelona*. Barcelona: Grupo Igia.

Mangrulkar, L. et al. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: OPS.

Mármol. J. (2015). La lengua en los jóvenes; lenguaje y realidad. Diario *El Día*, 4/6/2015. Buenos Aires. Recuperado de htpp// www. eldia.com.do/la-lengua-en-los-jovenes-lenguaje-y-realidad

Martín, C. y Crespo, B. (2012). El muestreo en la investigación cuantitativa. *NURE Investigación, Revista Científica de Enfermería*, 25. Madrid.

Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos". En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coords.), *Drogodependencias*, 4. Prevención (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Martínez Miguélez, M. (1999). *Los grupos focales de discusión en la nueva ciencia: su desafío, lógica y método.* Simón Bolívar: Trillas.

Meerhoff, D. (2014). Expresión y creación como abordaje en usos de drogas. Revista *Del síntoma a la expresión… Recursos expresivos en promoción de salud, prevención, atención y tratamiento de consumos problemáticos de drogas*. Junta Nacional de Drogas. Montevideo, pp. 25-30.

Megías Valenzuela, E. (2009). *Las representaciones sociales sobre drogas en España.* Conferencia en Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. España.

Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Distrito Federal de México: Alianza.

Ministerio de Salud Pública (2013). Ordenanza 485, 5 de julio de 2013.

Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud (2007). Programa Nacional de Salud, Adolescencia y Juventud (2005-2009). Montevideo.

— (2009). *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Montevideo.

Monteiro, M. (2009) Cómo responder a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad. En Rodríguez, J. (ed.). *Salud mental en la comunidad*, 2.ª ed., Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

— (2010). *Alcohol y salud pública en las Américas; un caso para la acción*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Mora, D. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Guadalajara: Atenea.

Moral, V.; Ovejero, A. et al. (2012). *Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo.* Asturias*:* Universitas Psychologica.

Morgan, D. (1998). *Los grupos focales como investigación cualitativa.* Newbury Park, CA: Sage.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires: Huemul S. A.

Municipio A, Intendencia de Montevideo (2012). *Guías del Municipio A*. Recuperado de http://municipioa.montevideo.gub.uy

Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1988). Impacto del uso de drogas de los adolescentes y el apoyo social sobre los problemas de los adultos jóvenes. Un estudio longitudinal. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 97. Recuperado en http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X97.1.64

NIDA, Sloboda, Z. y David, S. L. (1997). *La prevención de consumo de drogas entre los niños y adolescentes. Una guía basada en la investigación.* National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health. San Francisco.

Noaks, L. y Wincup, E. (2004). *Métodos cualitativos de la investigación.* Londres: Sage.

Olivera, G. (2008). *Algunas conceptualizaciones en torno a factores de protección y riesgo de los consumos problemáticos de drogas*. Documento del área de reducción de la demanda. Secretaría Nacional de Drogas. Montevideo.

— (2010). *Breve reseña de las últimas conceptualizaciones sobre prevención de drogodependencias y factores de protección de consumos problemáticos de drogas.* Documento del Área de Reducción de la Demanda, OUD. Secretaría Nacional de Drogas. Montevideo.

Olivera, G. y Rossi, G. (2008). *Resumen de los avances y desafíos en prevención de consumos problemáticos de drogas en el Uruguay.* Documento del área de reducción de la demanda - OUD. Secretaría Nacional de Drogas. Montevideo.

Organización de Estados Americanos (2005). Lineamientos hemisféricos en prevención de la CICAD. Washington D. C.

Organización de las Naciones Unidas (2005). La Cumbre Mundial. Nueva York. Recuperado en http://ww.un.org/spanish/summit2005/

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España. Recuperado en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

— (2014). *Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud*. World Health Organization. Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

Páez, D. (comp.) (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social.* Madrid: Fundamentos.

Patton, M. (1990). *Evaluación cualitativa y los métodos de investigación.* Newbury Park, C. A. Sage.

Plan Nacional sobre Drogas de Canadá (1988). Marco del Gobierno de Ontario. Centre of Addiction and Mental Health and Université de Ontario. Campus of Toronto.

Plan Nacional sobre Drogas de España (2011-2013). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Presidencia de la República (2008). Decreto 379/008. Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos. Ministerio de Salud Pública. Recuperado en http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF

— (2013). Proyecto de ley de prevención del consumo abusivo de alcohol, regularización de oferta, promoción, venta y expendio de bebidas alcohólicas. Montevideo.

Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos; un desafío para las políticas pública.* Lima: Tetis Graf E.I.R.L.

Programas y actividades de la Unesco. Recuperado de http://www.unesco.org/new/es/education/about-us/how-we-work/programme/

Recto, G. (2011). *Informe sobre el Estudio de evaluación sobre dimensiones comunicacionales y capacidad formativa de la folletería en prevención del consumo de drogas para pre y adolescentes: ¿Cómo la Ves?* Montevideo.

— (2013). Mi aula es un retablo. Revista *Experiencias de Trabajo en Drogas con Recursos Expresivos*. (pp. 12-16). Junta Nacional de Drogas. Montevideo.

— (2015). *Mi aula es un retablo.* Guía para la implementación del Programa de Información y Educación Preventiva del Uso Problemático de Sustancias y Promoción de la Salud en Primer Nivel. ASSE. Montevideo: Psicolibros.

Rodríguez García, D. (2010). *Alcohol y cerebro.* Salamanca: Absalon.

Rossi, G.; Carvajal, M. y Bottrill, A. (2012). *La previa. El consumo de alcohol entre adolescentes.* Montevideo: Santillana S. A.

Salcedo, E. (2008). *Proyecto de Descentralización de Políticas de Drogas de los Países Andinos.* Perú: Avanfit.

Sánchez Capdequí, C. (1999). *Imaginación y sociedad: una hermenéutica creativa de la cultura*. Navarra: Tecnos-Universidad Pública de Navarra.

Sierra, D.; Pérez, A.; Pérez, M. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 1(4) 349-360. España: Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y las Otras Toxicomanías. Recuperado de http://www.redalye.org/articulo.oa?id=289122028008

Sistema Nacional de Educación Pública (2013). *Qué bueno que quieras saber más*. Montevideo. Recuperado en: http://www.snep.edu.uy/files/2013/10/SNEP.pdf

Squeglia, L.; Jacobus, J. y Tapert, S. (2011). *Alcoholism: Clinical an Experimental Research.* California: Infante.

Tapert, S., Brown, S. (1999). *Correlatos neuropsicológicos de abuso de sustancias en adolescentes. Resultados de cuatro años*. San Diego: Institute Neuropsychol.

— (2012). *Funcionamiento del cerebro adolescente*. San Diego: Universidad de California.

Unidad Nacional de Seguridad Vial - Grupo Radar (2011). *Barómetro de Seguridad Vial*, primera edición. Octubre de 2011. Montevideo: UNASEV.

Urzúa, F. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis, I. (coord.) (2006). La investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Vázquez-Sixto, F. (2009). Protocolo orientativo para la redacción de una propuesta o proyecto de investigación. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Vigostky, L. (1981). *Pensamiento y lenguaje*. La Habana: Pueblo y Educación.

Zeigler, D. et al. (2015). *Los efectos neurocognitivos del alcohol en adolescentes y estudiantes universitarios*. Medicina Preventiva. Weill Cornell Medical College. Duke.

Bibliografía consultada

Bialakoswsky, A. (2004). *Drogas y cultura: conflicto de paradigmas*. Buenos Aires: Encrucijada.

Bordelois, I. (2000). *Etimología de las pasiones.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Forselledo, G. (1999). Factores de riesgo ligados al sistema droga-persona-medio. En *Manual regional de educación preventiva participativa de las farmacodependencias*. Montevideo: IIN, OEA.

— (2000). Introducción al enfoque de riesgo. *Boletín del Instituto Interamericano del Niño*. Montevideo: IIN, OEA.

Graves, R. (1986). *Los mitos griegos*. Buenos Aires: Salvat.

Herrerías, J. M., y Martín, J. M. (1999). *Historia y alcohol. El alcohol y sus Enfermedades.* México D. F.: JGH Editores.

Junta Nacional de Drogas (2012). *Evaluación del Programa IUDICIUM de prevención escolar del consumo problemático de alcohol en adolescentes.* Montevideo.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado en http://investigaaprende2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf

Lichine, A.; Fifield, W. (col.) y Bartlett, J.; Stockwood, J. y Philson K. (assists.) (1987). *Enciclopedia de vinos y alcoholes de todos los países*. Barcelona: Omega S. A.

Organización de Estados Americanos (2013). Asamblea General, cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones. *Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas.* AG/DEC. 73 (XLIII-O/13) La antigua Guatemala.

Organización de las Naciones Unidas (2005). *Educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas*. Nueva York.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Salud en las Américas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Pérez, P. (2000). *Los jóvenes secundarios de la Comuna de Ñuñoa: Un estudio de sus representaciones sociales sobre el consumo de drogas* (online). Disponible en http://www.monografias.com/trabajos11/invdrog/ invdrog.shtml#INTRO

Reglamento de la ley 25/1970, del Estatuto de la Viña, del Vino y de los Alcoholes (aprobado por el real decreto 835/1972, de 23 de marzo de 1972). Gobierno de España. Recuperado en www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file_id=126660

Rice, F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.

ANEXOS

Anexo 1

Montevideo, julio de 2015.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proyecto de investigación *Representaciones sociales sobre el consumo de alcohol en estudiantes de ciclo básico en la enseñanza media de la ciudad de Montevideo* se realiza en el marco de la Maestría en Primer Nivel de Atención a la Salud de la Universidad de la República.

En el mismo se busca describir y caracterizar lo que saben, piensan, sienten y hacen los estudiantes del ciclo básico de enseñanza media con relación al consumo de bebidas alcohólicas. Pretendiendo ser un aporte a la comprensión de esta temática y colaborar al diseño de estrategias de prevención para los jóvenes del país.

Para esto solicito tu autorización para realizar un encuentro grupal donde te integres a conversar sobre estos aspectos. El encuentro será grabado para un mejor trabajo sobre la información.

Si en el transcurso del grupo no deseas continuar participando, puedes dejar de hacerlo de forma inmediata.

Con respecto a la información recabada, se mantendrá confidencialidad sobre tu identidad y todos los datos que pudieran identificarte así como a otras personas sobre las que hables en el grupo.

Se habilita el número 099 68 55 17, para hacer uso ante cualquier duda que surgiere (Lic. Gabby Recto, responsable de la investigación).

Si acuerdas participar en esta investigación, solicito que tú y un adulto referente firmen este documento.

Muchas gracias por tu colaboración.

Montevideo .....

Firma .....

Aclaración .....

C.I. .....

- Adulto referente .....

Firma .....

Aclaración .....

C.I. .....

Anexo 2

¿VIERON LO QUE LE PASÓ A FLORENCIA EL SÁBADO?
¿QUÉ?
SE EMBORRACHÓ MAL Y QUEDÓ EN "COMA ETÍLICO". DICE QUE NO TOMA NUNCA MÁS
AH PORQUE SE ASUSTÓ, SÓLO ESTABA DORMIDA, NO ES PARA TANTO
JUSTO VOS LO DECÍS, QUE NO TE DIVERTÍS SI NO TOMÁS.
ME RE DIVIERTO, NO TIENE NADA QUE VER EL ALCOHOL. ¿TE ACORDÁS EL CAMPAMENTO PASADO? NOS RE DIVERTIMOS Y NO HABÍA ALCOHOL
YO CON EL ALCOHOL NO TENGO PROBLEMAS, SOLO ME EMBORRACHO LOS FINES DE SEMANA. ADEMÁS NO ME ANIMABA A ENCARAR A LUCIA Y DESPUÉS DE UNAS CERVECITAS ME AFLOJÉ Y LA ENCARÉ
SÍ, ES CIERTO. PERDONAME, ES QUE ESTOY RE MAL POR FLOR
AY PODRÍ, LUCIA ME CONTÓ QUE TERMINARON LOS DOS RE PASADOS Y NO SE ACUERDA SI USARON PRESERVATIVO O NO
JAJAJA, YO TAMPOCO ME ACUERDO, PERO FUE SÓLO UNA VEZ!
ES QUE FLORENCIA TOMÓ A LA PAR QUE FABRICIO QUE ES GRANDOTE, Y APARTE NO HABÍA COMIDO.
¿Y TE PARECE CÓMICO? ¿QUIÉN LES DIJO QUE POR HACER ALGO UNA VEZ SOLA NO PASA NADA?
Junta Nacional de Drogas
Presidencia de la República
mides
inju

Anexo 3

Preguntas que guiaron la discusión en los grupos focales

1. Según la historia, ¿quiénes son estos personajes?

2. ¿Qué vínculo creen que tienen entre ellos?

3. ¿Dónde creen que están en el momento de esta conversación?

4. ¿De qué sustancia están hablando?

5. ¿Les resulta familiar la situación en la que se encuentran estos personajes?

6. ¿Los jóvenes suelen hablar sobre las bebidas alcohólicas?

7. ¿Qué saben ustedes sobre el consumo de bebidas alcohólicas?

8. ¿Qué riesgos relacionados con el consumo de alcohol creen ustedes que existen en las situaciones planteadas por los personajes?

9. ¿Cómo creen que se sienten estos personajes al conversar de todas estas situaciones?

10. ¿Por qué creen que los jóvenes beben alcohol?

11. ¿Creen que es posible divertirse sin alcohol?

12. ¿De qué forma?

13. ¿Qué opinan sobre que Florencia haya tomado a la par de Fabricio?

14. ¿Saben qué es un en coma etílico?

15. ¿Qué riesgos puede haber en lo que hace Rodri los fines de semana?

16. ¿Cuáles piensan ustedes que son las causas por las que un joven puede llegar a abusar del alcohol?

17. ¿Conocen personas que abusan del alcohol?

18. ¿Se podría hacer algo para ayudarlas?

Anexo 4

Referencias de los grupos focales

(M) Mujer

(V) Varón

(GF L46; G1, M1: Grupo Focal Liceo n.º 46; Grupo 1, Matutino Primer Año)

(GF L46; G2, V1: Grupo Focal Liceo n.º 46; Grupo 2, Vespertino Primer Año)

(GF L46; G3, V1: Grupo Focal Liceo n.º 46; Grupo 3, Vespertino Primer Año)

(GF L46; G4, M1: Grupo Focal Liceo n.º 46; Grupo 4, Matutino Primer Año)

(GF L70; G1, M3: Grupo Focal Liceo n.º 70; Grupo 1, Matutino Tercer Año)

(GF L70; G2, V3: Grupo Focal Liceo n.º 70; Grupo 2, Vespertino Tercer Año)

(GF L70; G3, V3: Grupo Focal Liceo n.º 70; Grupo 3, Vespertino Tercer Año)

(GF L70; G4, M3: Grupo Focal Liceo n.º 70; Grupo 4, Matutino Tercer Año)