

**OPINIÓN DE LOS/AS EMPRESARIOS/AS DE
LA HOSTELERÍA SOBRE POSIBLES
MEDIDAS PREVENTIVAS EN RELACIÓN AL
ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL**

TRABAJO FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL

Autora: María Yoselin Ferrera Perera

Tutora: Berta Puyol Lerga

Junio 2019

RESUMEN

En este trabajo final de grado nos centraremos en la opinión de los/as empresarios/as de la hostelería sobre posibles medidas preventivas en relación al abuso y dependencia de alcohol. Para ello, por un lado, señalaremos el uso, abuso de las drogas y dependencia. Destacando el origen y la evolución del alcohol, dado que es una droga depresora con alto nivel de consumo en el sector hostelero.

Por otro lado, hablaremos sobre la prevención de las drogodependencias, así como los niveles de actuación preventiva, los modelos de prevención, las estrategias de prevención del consumo de alcohol, los ámbitos de prevención y la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la hostelería.

Finalmente hemos realizado una investigación a los/as empresarios/as del sector hostelero para saber su opinión sobre las posibles medidas preventivas en relación al abuso y dependencia de alcohol. De la cual, hemos obtenido unos resultados reales.

Palabras claves:

Drogas, alcohol, adicción, prevención.

ABSTRACT

In this end degree project we will focus on the opinion of hotel / catering entrepreneurs on possible preventive measures in relation to alcohol abuse and dependence. For this, on the one hand, we will point out the use, abuse of drugs and dependence. Highlighting the origin and evolution of alcohol, given that it is a depressant drug with high level of consumption in the hospitality sector.

On the other hand, we will talk about the prevention of drug addiction, as well as preventive action levels, prevention models, prevention strategies for alcohol consumption, prevention and prevention of alcohol and other drugs in the hostelry.

Finally we have carried out an investigation to the entrepreneurs of the hospitality sector to know their opinion on the possible preventive measures in relation to alcohol abuse and dependence. Of which, we have obtained real results.

Keywords:

Drugs, alcohol, addiction, prevention.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. CONTEXTO TEÓRICO	5
1.1 USO, ABUSO DE LAS DROGA Y DEPENDENCIA.....	6
1.1.1 Clasificación de las drogas.....	9
1.2 EL ALCOHOL.....	10
1.2.1 Reseña histórica sobre el alcohol.....	11
1.2.2 La graduación alcohólica	13
1.2.3. Efectos del alcohol.....	14
1.3. PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS.....	15
1.3.1 Niveles de actuación preventiva	16
1.3.2 Modelos de prevención en drogodependencia	16
1.3.3 Estrategias de prevención.....	18
1.3.4 Ámbitos de la prevención	20
1.3.5 Prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la hostelería	22
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo general	26
2.2 Objetivos específicos	26
3. MÉTODO.....	26
3.1 Características generales	26
3.2 Población, periodo temporal y ámbito geográfico.....	26
3.3 Técnicas de recogida de datos	27
3.4 Técnicas de análisis	27
4. RESULTADOS.....	27
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Error! Bookmark not defined.
Anexo 1	42

INTRODUCCIÓN

Este trabajo consiste en una investigación basada en la opinión de los/as empresarios/as de la hostelería sobre posibles medidas preventivas en relación al abuso y dependencia al alcohol.

Según Martín (1995) citado en Becoña, 2002, p.15, la prevención de drogodependencias 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”.

Este estudio se divide en una serie de apartados, como son: el contexto teórico, que presenta la revisión bibliográfica realizada sobre el tema de estudio, como podemos ver está compuesto por dos bloques en uno se trata sobre las drogas y en el otro sobre la prevención, los objetivos (generales y específicos) que se pretende conseguir, el método (características generales, población, periodo temporal y ámbito, técnica de recogida de datos, análisis de los datos). Y por último, los resultados obtenidos con la discusión y conclusiones realizadas al respecto.

Según García, Sánchez, Flores, y Bobes (2007), los trastornos relacionados por el comportamiento hacia el alcohol son el abuso o consumo perjudicial. Nos indican que el consumo de alcohol está causando un daño para la salud. Y la dependencia del alcohol es un conjunto de comportamientos y síntomas que indican que el alcohol toma un papel muy importante en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y que se ha convertido en algo normalizado.

Según la encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2015-2016, el alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre la población de 15 a 64 años en España. Como se viene observando en las cuatro últimas ediciones de la encuesta (2009-2015), más del 90% de los ciudadanos ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Por término medio, la edad en la que se bebe alcohol por primera vez se sitúa en los 16 años. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015)

En 2015 el 77,6% de la población declaró un consumo de alcohol en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, y el 62,1% reconoció haber tomado alcohol en los últimos 30 días. En 2015, la extensión del consumo de alcohol en el último mes ha experimentado un leve descenso con respecto al año 2013 (64,4%), si bien a lo largo de toda la serie histórica este indicador se ha mantenido entre el 60% y el 65%. La población que mantiene un consumo diario de alcohol en España representa el 9,3%. La prevalencia de este patrón de consumo inició en el año 2001 una tendencia descendente, registrando en 2015 el valor más reducido de la serie histórica. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015)

Según Cortés, Espejo, Martín del Río y Gómez (2010) , se confirma el hecho de que las nuevas generaciones han llegado a niveles de consumo elevados en menor

número de años, lo cual constituye un importante problema de salud. (Alcedo Rodríguez, Dema Moreno, Fontanil Gómez y Solís García, 2013).

Además, Calafat (2007) citado en Alcedo Rodríguez, Dema Moreno, Fontanil Gómez y Solís García, 2013, indica que este consumo intensivo de alcohol es uno de todos los cambios socioculturales que reflejan las novedades en los estilos de vida de adolescentes y jóvenes surgidas en las últimas décadas.

Por otro lado, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería (2007), los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas pueden ser debidos a varios factores, pueden ser personales, familiares o sociales, o a situaciones en el medio ambiente laboral, o por una combinación de todos ellos. Es decir, la empresa puede sufrir las consecuencias de los consumos de sus trabajadores, a la vez que puede estar contribuyendo mediante factores de riesgo laborales a ser causa de esos consumos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

Según, Antonio Argandoña, Joan Fontrodona y Pilar García (2009), en el Libro Blanco del Consumo responsable de alcohol en España, un grupo de psicólogos llevó a cabo en 2003 una investigación de gran relevancia, analizando a fondo 152 programas donde su objetivo era la promoción del consumo responsable de alcohol o la disminución del consumo abusivo. La revisión de estos programas permitió a los autores establecer varias conclusiones, una de ellas es la siguiente:

“Muchos de los programas, sobre todo en el ámbito comunitario, no tienen un marco teórico de referencia. La mayoría son actividades puntuales o folletos aislados, aunque destacan un número de programas, reducido todavía, preocupados por el rigor metodológico y que empiezan a ser referentes para otros muchos. Se asume implícitamente como marco teórico una relación directa entre información y prevención.” (Argandoña, Fontrodona, y García-Lombardía, 2009, p. 16)

Antonio Argandoña, Joan Fontrodona y Pilar García (2009), en el Libro Blanco del Consumo responsable de alcohol en España, nos expresa que el consumo responsable es el pilar de la responsabilidad social sistémica de las empresas productoras del sector. Promover patrones de consumo responsable, compatibles con estilos de vida y ocio saludables, es la estrategia de las empresas productoras para prevalecer la aparente contradicción de objetivos: para que el consumidor disfrute del producto, es preciso que lo consuma responsablemente. (Argandoña, Fontrodona, y García-Lombardía, 2009).

En España hay 260.000 establecimientos. Por cada 175 personas un bar , la mayor densidad del mundo. Más que en todo Estados Unidos. En tema de bares España es considerada la primera potencia mundial. (Anónimo, En España hay 260.000 bares, más que en todo Estados Unidos, 2016)

De ellos seis de cada diez son los que llamaríamos “bar de toda la vida”, la cañita y la tapa al mediodía. Son estos bares, en su mayoría, establecimientos que cuentan con más de quince años. La crisis, además, con el paso del tiempo nos ha vuelto más “europeos” y cada vez nos tomamos la cañita y el gin tonic a una hora más temprana. Salimos menos de noche y como podemos observar en este artículo, según la muestra de Nielsen, el gasto mensual en copas descendió de los 95 euros de 2009 a los 67 euros en 2015, en 2013 se gastaban 55 euros mensuales. Por ello, se puede ver claramente la reducción del número de locales nocturnos, que ha pasado de los 18.604 que había en 2014 a los 17.638 de la actualidad. Algo en lo que ha influido, también la legislación, más estricta en ruidos y horarios. La cerveza se impone como la bebida más consumida. (Anónimo, En España hay 260.000 bares, más que en todo Estados Unidos, 2016)

1. CONTEXTO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, ocasiona una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o de ambas maneras”. (Verdú, 2007, p.51)

En las farmacias de América y Europa, a mediados del siglo XIX, había 70.000 remedios de fórmula secreta (casi todos con drogas psicoactivas). En ese momento las drogas dejaron de ser vegetales mágicos, ligados a ritos y sacramentos. (Torres, Santodomingo, Pascual, Santfeliu, y Álvarez, 2009)

Estos mismos autores indicaron que el siglo XIX fue muy potente en el descubrimiento de fármacos puros, muchos de ellos derivados de drogas ya conocidas desde siglos atrás. Por un lado las dos sustancias más conocidas y utilizadas en nuestro entorno geográfico seguían consumiéndose y empezaban, o seguían en muchos casos empezando a producir problemas. Nos estamos refiriendo evidentemente al alcohol y el tabaco. Por otro, y a partir del opio, la coca, o el café entre otras plantas, se sintetizaron la morfina (1805), codeína (1832), atropina (1833), cafeína (1841), cocaína (1860), heroína (1874), mescalina (1888) y los barbitúricos (1903).

La heroína ha sido sustituida por sustancias como el cannabis, la cocaína o el éxtasis, combinadas entre sí o mezcladas con alcohol y tabaco. Este cambio de las sustancias también se ha acompañado de nuevos patrones de consumo. Estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, que consumen con fines recreativos y para socializarse con los demás. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007)

Tanto unas sustancias como otras tuvieron en un principio un uso más médico y no se atendía en ningún caso a su posible capacidad adictiva, de hecho esta se ignoraba

o se minimizaba, resaltando las virtudes a veces como presuntos remedios obviando los inconvenientes. Probablemente por este motivo su uso se fue extendiendo, popularizándose y expendiéndose en las farmacias, droguerías, herboristerías, comercios de especias, abacerías y ultramarinos sin ningún tipo de control, hasta bien entrado el siglo XX. (Torres, Santodomingo, Pascual, Santfeliu, y Álvarez, 2009)

La aceptación de las sustancias entre la población se basó más que en su acción curativa, en que ayudaban a vivir y morir mejor, según la opinión de Oriol Romaní en su obra “Las drogas sueños y razones”. (Torres, Santodomingo, Pascual, Santfeliu, y Álvarez, 2009)

Las drogas en los últimos años han experimentado un gran proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En España, en la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas, principalmente de heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007)

Según Carmen Moya, Delegada Nacional del Plan de Drogas, a medida que han pasado los años ha cambiado la percepción de los españoles sobre el consumo de drogas, debido a que en un inicio estaba mal visto el consumo de drogas y se hacía referencia su consumo a personas marginales, pero en la actualidad “en muchos casos su consumo es tolerado y lo relacionamos con la diversión del fin de semana” (Verdú, 2007, pp. 64).

1.1 USO, ABUSO DE LAS DROGA Y DEPENDENCIA

Según Nora D. Volkow, directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), «la drogadicción es una enfermedad del cerebro que se puede tratar [...] no es adicto quien quiere, sino quien puede». Actualmente la adicción se define como una enfermedad cerebral crónica que posee recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas que conlleva (Pereiro y Fernández, 2018, p. 349-350).

Las drogas modifican la estructura y el funcionamiento cerebral de forma duradera, condicionando comportamientos absurdos y en ocasiones peligrosos para el propio sujeto y/o para terceros, producto de la afectación neurobiológica del aprendizaje, de la memoria, del juicio, de la toma de decisiones y, en definitiva, del autocontrol conductual (Pereiro y Fernández, 2018)

El proceso adictivo consta de varias etapas y son las siguientes, (Secretaría de Salud, 2011):

- Experimental: aquella persona que, guiada por la curiosidad, se anima a probar una u otra droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.
- Ocasional: solo se consumen de vez en cuando. Generalmente la persona acepta de una forma pasiva las invitaciones que recibe, sin tomar la iniciativa de tomar drogas por su cuenta.
- Episódico: uso durante un periodo de tiempo determinado, que puede durar desde una hora a varios días.
- Habitual: la persona busca activamente los efectos de las drogas.
- Sistemático: forma de uso de aquellas personas drogodependientes que recurren a las drogas varias veces al día. Su vida se va ajustando hasta girar obsesivamente en torno a la sustancia, mientras que cualquier otra actividad va lentamente perdiendo importancia.
- Uso de riesgo o problemático: es aquel en que el uso de una droga o drogas podrá producir con el tiempo un problema para la salud, pero sin que se haya llegado a instaurar claramente una dependencia.
- Abuso: se puede entender por abuso de drogas aquel que pueda comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución del sujeto o afectar negativamente a su entorno emocional.
- Uso dependiente: uso sistemático que genera un estado físico y psíquico, caracterizado por modificaciones de comportamiento que comprenden un impulso irresistible por tomar la sustancia, a fin de experimentar sus efectos o de evitar el malestar producido por su privación.
- Policonsumo: es el abuso sincrónico de varias sustancias con distintos efectos farmacológicos y que pueden generar una dependencia.

Según el Informe Mundial de Situaciones sobre Alcohol y Salud 2014 de la OMS, el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Además de estas consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad (Arbesu, Armenteros del Olmo, Casquero, y Gonçalves, 2016).

Los trastornos relacionados por el comportamiento hacia el alcohol son el abuso o consumo perjudicial. Nos indica que el consumo de alcohol está causando un daño para la salud, mentalmente y físicamente. Y la dependencia del alcohol es un conjunto de comportamientos y síntomas que indican que el alcohol toma un papel muy importante en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y que se ha convertido en algo normalizado (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

Las principales características clínicas de la dependencia del alcohol son: el deseo insaciable (gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol), la pérdida de control (incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado), la dependencia física (síndrome de abstinencia con síntomas tales como: náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que suceden cuando se deja de consumir alcohol) y la tolerancia (necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico) (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

Según el DSMV (Psychiatric Assosiation, 2014, p. 260), el trastorno por el consumo de alcohol provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. *Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.*
2. *Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.*
3. *Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.*
4. *Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.*
5. *Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.*
6. *Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.*
7. *El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.*
8. *Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.*
9. *Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.*
10. *Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: por un lado la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. Y por otro lado, un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.*
11. *Abstinencia, se manifiesta por la presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol o por el consumo de alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*

Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más”.

La gravedad del consumo de alcohol puede ser:

- Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
- Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos Intoxicación por alcohol:

- Ingesta reciente de alcohol.

- Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos
- Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol: habla pastosa, incoordinación, marcha insegura.
- Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

1.1.1 Clasificación de las drogas

Las drogas pueden clasificarse de muchas maneras, según Betancourt (2011), puede ser por sus efectos en el sistema nervioso central que son las siguientes:

- **Estimulantes:** aquellas sustancias cuyo efecto en el organismo, consiste en provocar un período de sobreexcitación y de aceleración de la actividad mental y corporal.
Aumentan el estado de alerta y la conciencia, la persona percibe con mayor intensidad el medio exterior y responde de manera pronta a los estímulos. Además de la sensación de euforia, excitación o bienestar exagerado que siente el/la consumidor/a. Estas sustancias generan un aumento en el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal; contribuyen a disminuir el apetito, crean insensibilidad frente al dolor y la fatiga, lo que da una sensación de mayor resistencia física. Alteran el sueño, y pueden desencadenar estados de pánico, ansiedad, miedo, y comportamiento violento.
Entre los estimulantes más usados se encuentran la cafeína, la nicotina, la hoja de coca y la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y los antidepresivos.
- **Depresoras:** son las sustancias cuyo efecto en el organismo es disminuir la actividad mental. Hacen decrecer el estado de alerta, deprimiendo las funciones cerebrales superiores: atención, juicio, razonamiento, memoria e inteligencia. Hay un descontrol motor y del lenguaje, y fallas en la percepción.
Disminuye la capacidad de respuesta frente a los estímulos del mundo exterior, las reacciones son más lentas. Se inducen episodios de sueño profundo y de inactividad prolongada. Ejemplos de drogas depresoras, podemos encontrar las siguientes sustancias: la marihuana, el alcohol, los tranquilizantes, el opio y sus derivados, barbitúricos, inhalantes, morfina, hipnóticos, ansiolíticos y antipsicóticos.
- **Perturbadoras:** en este grupo encontramos las drogas que generan alucinaciones, es decir, percepciones y sensaciones en el consumidor sobre cosas u objetos no relacionadas con la realidad, o sobre fenómenos no existentes. A algunos se les conoce como psicóticos, por ser capaces producir cambios en la conciencia, en el ánimo, la percepción y la conducta. Aquí podemos hacer referencia a las siguientes drogas: el peyote, LSD, anticolinérgicos, hongos alucinógenos, belladona.

Y también se pueden clasificar por su origen, Betancourt, (2011):

- Naturales: son aquellas drogas que pueden ser utilizadas tal y como se encuentran en la naturaleza, o sometidas a procesos de transformación simples. Plantas en su mayoría, son ejemplos de este grupo la marihuana, el opio, la hoja de coca, el peyote, los hongos alucinógenos, el tabaco y el café.
- Semi-sintéticas: productos farmacéuticos; proceden de ingredientes naturales sometidos a un proceso de transformación química, para potenciar los efectos de la sustancia. Como ejemplos, están la cocaína, derivada de la coca; o la morfina, derivada del opio.
- Sintéticas. Conocidas también como drogas de diseño, se fabrican de manera totalmente artificial, en laboratorios especializados con base en otros compuestos químicos. Sus efectos emulan los generados por las drogas con un origen natural. Destacan en este grupo las anfetaminas y los barbitúricos.

Además, las drogas también se pueden clasificar en legales e ilegales. En España encontramos la Ley N 7223 desde mayo de 1991, La Ley de Psicotrópicos. Dicha ley procura regular el uso, tráfico y comercialización de las drogas. De acuerdo con esta ley, se ha clasificado el uso y comercialización de drogas en lícitas (o legales) e ilícitas (o ilegales). (Souza, Guisa, Barriga, y Sanchez, 2009)

Por un lado, las drogas legales, son sustancias que a pesar de en muchos casos ser psicoactivas, y por tanto con efectos importantes sobre el organismo del individuo, son aceptadas social y culturalmente o bien, prescritas por un/a médico. Corresponden a este tipo de drogas la cafeína, el tabaco, el alcohol y los medicamentos bajo prescripción médica.

Por otro lado, las drogas ilegales, son sustancias psicoactivas cuyo uso es prohibido por la peligroso que ese su uso y en su abuso. No son aceptadas social ni culturalmente y se incluyen los medicamentos que no son utilizados bajo prescripción médica. Entre las drogas ilegales se encuentran la marihuana, la cocaína, la heroína, los ácidos, entre otras más sustancias. (Souza, Guisa, Barriga, y Sanchez, 2009)

Por lo tanto, estos mismos autores señalan que, la clasificación de las drogas puede ser también, drogas institucionalizadas haciendo referencia a las drogas legales como son el alcohol, el tabaco y los psicofármacos y las drogas no institucionalizadas que corresponde a las drogas ilegales, son las siguientes: cocaína, crack, éxtasis, etc.

1.2 EL ALCOHOL

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central depresora y con capacidad de provocar cambios comportamentales. Tiene una absorción: rápida, alcanzando su máximo y su concentración a los 45-60 minutos (depende de si se ha comido o no y del tipo de bebida que ha consumido). A los 45-60 minutos de ingerir alcohol, se produce la mayor concentración de alcohol en sangre y cuando el estómago está vacío es mayor, porque la absorción es más rápida que cuando se ha comido. La velocidad de absorción depende tanto de la rapidez en la que se consume el alcohol,

como del tipo de bebida ingerida. Las bebidas de 15°-30° se asocian a una velocidad de absorción más rápida. (Pascual y Guardia, 2012)

La OMS (2009) citado en Pascual y Guardia, 2012, define como bebida alcohólica todo líquido que contiene etanol (alcohol etílico, comúnmente denominado «alcohol») y está destinado a ser bebido. En la mayoría de los países que cuentan con legislación para regular las bebidas alcohólicas así como con una definición legal de las mismas, el umbral relativo al contenido de etanol por volumen de una bebida está fijado en 0,5% o 1,0%. Las bebidas alcohólicas predominantes son la cerveza, el vino y los licores.

Las bebidas alcohólicas, según García, Sánchez , Flores, y Bobes (2007), pueden ser:

- Las bebidas fermentadas: son las que proceden de los cereales o frutas que, por ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que se tiene se convierte en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la sidra y la cerveza y sidra.
- Las bebidas destiladas: se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas. Este tipo de bebida contiene más alcohol que las fermentadas. En las más conocidas de encuentran la ginebra, el whisky, el ron, vodka, entre otros.

1.2.1 Reseña histórica sobre el alcohol

El uso de las bebidas alcohólicas, comienza a plantearse como problema social, colectivo, cuando se fomentan y hacen posible el uso generalizado del consumo de alcohol con todas sus consecuencias, y además, se desarrollan actitudes contrarias, de rechazo, incompatibles con el uso considerado excesivo, e incluso con cualquier uso de alcohol. En su desarrollo histórico, tanto los patrones de consumo de alcohol, como los de consecuencias de dicho consumo, han sido considerados en formas diferentes según la cultura en que se han producido, que en cada momento ha reaccionado diferentemente en función de sus propios valores y situación. (Pascual y Guardia, 2012)

Desde la aparición de la cerámica se ha dispuesto de bebidas alcohólicas. Esta época se encuentra entre finales del mesolítico y principios del neolítico. A través de la cerámica se podía realizar el proceso de fermentación del alcohol así como su almacenamiento. Entre los años 4000 y 3500 antes de Cristo en diferentes regiones como China, Egipto y Mesopotamia aparece el uso del vino y la cerveza. El consumo de estas sustancias generalmente adquiriría un carácter ritual o mágico- religioso. La civilización griega divinizó dichas bebidas con la figura de Dionisos como dios del vino; y ya en La Odisea y La Ilíada hace referencia al abuso del alcohol de ciertos personajes mitológicos. En cuanto a la civilización romana también tiene un dios del

vino al que llaman Baco. La expansión del imperio romano supuso la primera oleada de alcoholización de la humanidad. El alcohol a lo largo del tiempo traspasó la barrera de ritual y lo mágico, obligando a regularse su uso en algunas civilizaciones; así, por ejemplo, en el Código de Hammurabi (Mesopotamia) ya se encuentran leyes que regulan la venta y consumo de la cerveza (Díez, 2003).

Dicho autor nos comenta que en la Edad Media, (siglo IX) se descubre en Europa la técnica de destilación, con esta técnica se consiguen bebidas de alta graduación, con mayores efectos de intoxicación. En la América precolombina se utilizaba la “Chimba” (parecida a la cerveza) que fue ofrecida a Colón. Con los descubrimientos y colonizaciones las bebidas alcohólicas se expandieron en ambas direcciones.

Según Díez, 2003, a partir del siglo XVII se desarrolla la crianza de vinos y licores. En la época industrial y con los problemas de crecimiento masivo de las ciudades se produce un aumento de la demanda de alcohol en todos los estratos sociales.

El área tanto geográfica como cultural en la que se encuentra España, en el sur de Europa, determinó durante mucho tiempo que los problemas derivados del uso de alcohol, tuvieran bastante en común con los otros países de la misma área, sobre todo Francia, tanto en la forma de presentarse, como en la manera de ser afrontados. Evidentemente, aunque con un cierto retraso y con diferencias territoriales que incluso pueden rastrearse en la actualidad, se fueron produciendo las transformaciones económicas y culturales inherentes al paso de una sociedad agraria a las primeras fases de desarrollo industrial. (Pascual y Guardiai, 2012)

Los primeros años del siglo XX el consumo de alcohol estuvo estable, pero en la década de los 60 aumentó, influido por la economía, la política, los movimientos migratorios y las tensiones que surgieron. Ya en esta época se puede hablar de una institucionalización del alcoholismo. (Díez, 2003)

La 58.ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, en su reunión 2005, (WHA 58.26) en su punto 13.14, trató como una alarma “la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias de consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos estados miembros”. (García, Sánchez, Flores, y Bobes, comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2007, p. 13)

Además pide a los Estados Miembros que colaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población de 15 a 64 años en

España. El 93,5% manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Este indicador se mantiene estable con respecto a 2013 y desde 2009 no se ha situado por debajo del 90%. El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida en España. El 72,5% declara haber fumado tabaco en alguna ocasión. Con respecto a 2013, la prevalencia apenas ha variado (ha disminuido 6 décimas de punto) y se mantiene por encima del 70% desde 2009.

En el año 2015 se ha corregido parcialmente el incremento experimentado entre 2009 y 2013 en la prevalencia de los hipnosedantes. En 2009 el 13,4% de la población reconocía haber consumido sustancias de este tipo alguna vez en la vida; en 2011 el porcentaje ascendió al 19,5% y en 2013 continuó creciendo hasta el 22,2%, marcando el máximo de la serie histórica. En 2015 se frena esta tendencia ascendente con una disminución que sitúa el indicador en el 18,7%. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Según los datos procedentes de una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y publicados en marzo de 2015 indican como en España, el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol son las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad.

Arbesu, Armenteros del Olmo, Casquero, y Gonçalves, 2016, p. 34, “En la población de 15 a 64 años, utilizando AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), tenían un consumo problemático de alcohol el 4,9% de los encuestados, de los cuales presentaban un consumo de riesgo el 4,5% (1.600.000 personas, 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y con una posible dependencia el 0,4% (120.000).”

1.2.2 La graduación alcohólica

Tradicionalmente con la utilización del destilador y por evaporación del agua, se obtiene una bebida cada vez con mayor graduación alcohólica.

En cuanto a la medición del consumo: En España se estableció por socidrogalcohol la Unidad Básica de Bebida Estándar (UBE), que equivale a unos 10 gr. de alcohol puro. Rodríguez y cols. (1999) citado en Pascual y Guardiai, (2012).

- 100 cc de vino = 1 UBE
- 200 cc de cerveza = 1 UBE
- 50 cc de bebidas destiladas = 1 UBE
- 100 cc de vermut = 1 UBE

Otra manera para calcular los gramos de alcohol puro que contiene cada consumición, se obtiene por la siguiente fórmula:

“Gramos de alcohol puro = Centímetros cúbicos por la graduación alcohólica por 0,8 dividido entre 100. Todas las consumiciones que se suelen servir, suelen tener la misma cantidad de etanol, entre 10-12 gr. de alcohol puro, en otros países se consideran como “one drink” y en España, una consumición” (Pascual y Guardiai, 2012).

Una UBE es lo que contiene una cerveza, un vasito de vino, media copa de brandy, medio combinado, medio whisky o un “chupito” de destilados. Hoy en día la cantidad porcentual de alcohol viene dada en las botellas de bebidas alcohólicas expresadas en el porcentaje de alcohol que contienen (Pascual y Guardiai, 2012).

Un estudio realizado por la OMS indicó que la cerveza contenía entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5% y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es conveniente saber lo que consume una persona y lo que es más común que se consuma en el ámbito local en el que se encuentra esa persona (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

Como ya he comentado anteriormente existen varias formas de realizar el cálculo del consumo de alcohol, se da a lugar a amplias variaciones dependiendo de la bebida alcohólica que se consuma, ya sea una bebida fermentada o destilada y dependiendo también de las bebidas alcohólicas que se consuman en cada país, ya que existe una gran pluralidad (Pascual y Guardia, 2012).

1.2.3. Efectos del alcohol

Los efectos del alcohol se comienzan a notar pocos minutos después de haberlo consumido, comenzarán a aparecer varios efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo irán apareciendo varios efectos (Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

El consumo agudo de alcohol produce varios efectos. Es un depresor del sistema nervioso central. En las fases iniciales de la intoxicación aguda actúa sobre sistemas inhibidores de la formación reticular resultando en un efecto estimulante, con la aparición de un menor autocontrol, mayor fluidez verbal, sensación de bienestar, risa fácil y desinhibición. Después aparecen los efectos sedantes con una reducción de la capacidad de rendimiento y asociativa, torpeza motora, dificultad al andar y desequilibrio, pérdida de reflejos, sedación, entre otros (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

También, otros efectos son una vasodilatación cutánea que produce pérdida de calor, aumento de la secreción salivar y gástrica e incremento de la diuresis. Los casos más graves de intoxicación determinan pérdida de conciencia, coma e incluso, muerte por depresión cardiorrespiratoria (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

El alcohol produce desinhibición. Hay quien dice que esa desinhibición le ayuda a divertirse y a ligar, otros dicen que sólo les sirve para hacer el ridículo. Lo cierto es que estos efectos no se deben a que el alcohol sea un estimulante, sino todo lo contrario, el alcohol deprime el funcionamiento del cerebro y libera los instintos más primarios (Díaz y Serrano, 2003).

El alcohol también tiene efecto analgésico (disminuye el dolor) y anestésico (hace dormir). Por eso, algunos dicen que les permite “colocarse”, evadirse, olvidar los problemas y el malestar, aunque después de un tiempo, todo vuelve. (Díaz y Serrano, 2003)

En general, si se consume alcohol con moderación, no se arriesga la salud. Pero no siempre es fácil saber dónde está el límite para disfrutar sólo de lo agradable. Si consumes mucho alcohol empiezan a aparecer efectos desagradables, tanto a corto plazo como son los mareos, náuseas, vómitos, resaca, pérdida de memoria, accidentes, relaciones sexuales no deseadas o sin protección y a largo plazo como son la hepatitis, dependencia, deterioro mental, entre otros (Díaz y Serrano, 2003).

1.3. PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Según Martín 1995, citado en Becoña, 2002, p. 15, la prevención de drogodependencias 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”.

Las intervenciones preventivas tienen como objetivo disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Este objetivo se consigue mediante la utilización de diferentes estrategias, implementadas en distintos ámbitos. Las intervenciones de prevención se clasifican en tres niveles en función de la población destinataria a la que van dirigidas: intervenciones universales que son dirigidas a toda la población; selectivas, destinadas a grupos en situación de vulnerabilidad; e indicadas, orientadas a individuos con perfiles de mayor riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2018).

Dentro del término de prevención de drogodependencias se han ido incluyendo tanto programas amplios y completos, en el sentido de contar con un diseño ajustado a la evaluación de necesidades, y con un sistema de evaluación tanto del proceso como de los resultados, como actividades puntuales (coloquios, charlas, actividades deportivas,

concursos de carteles, etc.) Por ello es necesario organizar las actividades, los programas y las políticas generales de actuación y de buscar puntos de aceptación entre los expertos, en cuanto a modelos teóricos, criterios y diseños de investigación, tanto básica como aplicada, criterios comunes de evaluación (Fernández, Secades, Becoña, y Calafat, 2002).

1.3.1 Niveles de actuación preventiva

Hace unos años se diferenciaba de la prevención en tres fases, a partir de la propuesta hecha por Caplan 1980, citado en Becoña, 2002, se hacía referencia a la prevención primaria, la secundaria y la terciaria. Esta diferenciación equivalía, de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar.

En la prevención primaria intervenimos antes de que surja la enfermedad y tiene como objetivo impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Por último, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos (Becoña, 2002).

En los últimos años se ha ido abandonando esta forma de ordenar las actuaciones, siendo sustituida por la propuesta realizada por Gordon (1987), y aceptada por el NIDA, según la cual se divide en la prevención en universal, selectiva e indicada. Desde esta perspectiva, la prevención universal incluye todas aquellas acciones dirigidas a la población general, con una visión generalizada y amplia, orientada a la promoción de los recursos generales de las personas. La prevención selectiva incluye acciones dirigidas a grupos de riesgo para el consumo. Finalmente, la prevención indicada dirige sus actuaciones a grupos de consumidores o individuos con problemas de comportamiento y, por tanto, a grupos de alto riesgo para el consumo (Fernández, Secades, Becoña, y Calafat, 2002)

1.3.2 Modelos de prevención en drogodependencia

Según Perry y Kelder 1992, citado en Becoña, 2002, explican que los siguientes modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos: los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. A veces el consumo/no consumo es un elemento de identificación o un elemento de apoyo social en ese ambiente. También es cierto que el propio ambiente social suele marcar los límites al consumo adecuado e inadecuado. Lo que decimos del alcohol vale para el tabaco, la marihuana, la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína. Cuantos más modelos tenga la persona presente, y que le muestre y modele el consumo de sustancias, mayor probabilidad tendrá de consumir esa sustancia. Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, o a conseguir modos de reducir el acceso a esas sustancias (Becoña, 2002).

A través de las familias se crean modelos de conducta a seguir y es donde se forma la personalidad de la mayoría de las personas. La familia, sobretodo los padres, son los que tienen un papel fundamental en la prevención del consumo de drogas. Además tenemos el modelo de buenas prácticas para lograr prevenir alguno de los factores que influyen en los problemas con las drogas, y así poder disminuir el consumo de sustancias. (Martínez, Nieto, y del Pueyo, 2000)

Como ya se ha nombrado anteriormente Fernández, Secades, Becoña y Calafat (2002) coinciden con Martínez, Nieto, y del Pueyo, (2000) en que la familia es la primera instancia socializadora del ser humano. La familia podrá actuar de manera preventiva, incluso más que en el ámbito escolar, en un momento propicio -la infancia, momento de mayor plasticidad del ser humano-, para conformar actitudes y comportamientos saludables, en lugar de esforzarse tardíamente en modificar los insanos. Además, la familia puede tener un cierto nivel de control sobre otras instancias de socialización que aparecen más tarde. Así, la familia, en muchos países, puede escoger el tipo de escuela a la que desea que asistan sus hijos o influir en la política educativa de los centros participando en sus órganos de dirección. También puede controlar en cierta medida, los mensajes que reciben sus hijos a través de los medios de comunicación permitiendo o no, por ejemplo, que contemplen determinados espacios de televisión o facilitando la lectura crítica de los mismos. A los recursos educativos que la escuela posee y aporta a la prevención (infraestructura física, profesionales, materiales, legitimación,...) se debe acompañarse con la acción formativa y motivadora de los padres como agentes preventivos, como el instrumento más transcendental para abordar el empeño y para asegurar su éxito.

Oñate (1993), citado en Fernández, Secades, Becoña y Calafat, 2002, señala que las asociaciones de padres y madres de alumnos (AMPAs) han de ser contempladas como instrumentos institucionales útiles para la prevención, pues pueden ser utilizados como agentes movilizados y de apoyo de las acciones preventivas y de educación para la salud.

El modelo más reciente que se ha planteado es el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas (Becoña, 2002).

A continuación se presenta un resumen de las teorías y modelos que se consideran hoy como más relevantes, de entre las existentes, y útiles para la prevención de las drogodependencias y para la elaboración de modelos teóricos, son los siguientes:

Según Casas et al., 1992, citado en Becoña, 2002, las teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes. Dentro de este grupo consideramos las teorías y modelos biológicos, como es la adicción como un trastorno con sustrato biológico, donde se reduce la explicación del trastorno a una causa fundamentalmente biológica y la hipótesis de la automedicación, en donde el individuo consumiría la sustancia porque una vez que la ha descubierto, probado, y ha notado con ella sus efectos positivos, soluciona sus problemas, en muchos casos psicopatológicos, o su organismo precisa autoregularse mediante la misma.

Waldrom, 1998, citado en Becoña, 2002, otro grupo de modelos y teorías se basan en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos. Se parte de que el consumo de sustancias u otro tipo de problemas son la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar.

Sin embargo, a pesar de que estos modelos han tenido una gran relevancia en el tratamiento, y tiene una teoría explicativa sobre el posible inicio de la dependencia, no se ha desarrollado adecuadamente para ser aplicada al campo de la prevención de las drogodependencias, en el que ha recibido poca atención (Becoña, 2002).

El modelo social de Peele 1985, citado en Becoña, 2002, se basa en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma.

1.3.3 Estrategias de prevención

Debido a la enorme complejidad del problema de las drogas, los programas de prevención, o conjunto de actividades coordinadas cuya misión es afectar el consumo

de drogas de determinadas poblaciones, son de distinto tipo según los objetivos específicos que pretendan conseguir. Es decir, según los aspectos y componentes concretos del problema sobre los que pretendan afectar. De acuerdo a estos fines, los programas de prevención desarrollan estrategias específicas que pretenden producir los cambios esperados (Martínez, Nieto, y del Pueyo, 2000).

Las estrategias pueden ser:

- De influencia con el fin de incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de las personas receptoras del programa. Las campañas de prevención en los medios de comunicación pueden ser un ejemplo de este tipo de acciones.
- Estrategias para el desarrollo de competencias personales ya que pretenden mejorar los recursos y habilidades personales para la vida cotidiana de los participantes del programa.
- Estrategias de control, muchos programas de prevención escolares actuales son de este tipo e implican la utilización de sistemas activos de comunicación y participación. Ciertos programas de prevención pretenden influir en las normas comunitarias, los códigos y las actitudes, así como en los comportamientos públicos relativos a determinadas drogas. Generalmente, estos programas incluyen acciones legales, económicas y de control de la sustancia, de su distribución y de su comercialización.
- Estrategias de protección de salud, muchas medidas actuales de restricción con respecto al alcohol y al tabaco son ejemplos claros de este tipo de estrategias que tienen, fundamentalmente, un sentido de protección de la salud.
- Estrategias de diseño ambiental, existen programas que pretenden promover una atmósfera social y unos servicios comunitarios más efectivos que afecten a la salud mental de los individuos. Pretenden mejorar el entorno físico y social de los ciudadanos para reducir el estrés que determinadas condiciones o situaciones implican.

Las estrategias de prevención tienen como objetivo disminuir el consumo, retrasar la edad de inicio y reducir los daños asociados al consumo de alcohol. A continuación se nombrarán en los siguientes apartados dicho objetivo más desarrollado (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

En cuanto a disminuir el consumo de alcohol en la medida de lo posible, es muy complicado ya que no sólo trata de un simple consumo sino que está integrado dentro de la cultura, por lo que puede generar conflictos de intereses y ser además objeto de rechazo por una parte de la población. Pero, a pesar de ello, se debe reducir el consumo de la población general para poder conseguir que se reduzcan los daños producidos por el alcohol, y sobre todo también en los menores de edad. Una vez ya hemos hablado sobre un consumo menor de alcohol, el otro punto sería reducir las conductas de riesgo, para ello debemos intervenir en varios ambientes. También los programas de reducción de daños dirigidos a diferentes colectivos (conductores, embarazadas, trabajadores en

situación de riesgo, etc.) ayudan a crear una cultura preventiva en general y por tanto a conseguir un objetivo más amplio de reducción global del consumo. Además un factor muy importante es retrasar la edad de inicio al consumo. No sólo por el daño que ocasiona su uso en los menores de edad, sino también porque éste factor está relacionado con la evolución del consumo y con los daños provocados por el mismo, de manera que cuanto antes comiences a consumir existen más probabilidades de tener un abuso del alcohol, y probablemente también de otras drogas (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

Obtener todos los apartados que he explicado anteriormente conlleva a poner en marcha estrategias de prevención que ayuden a crear condiciones necesarias para implantar programas, proyectos y diferentes actividades generando una conciencia pública y política de apoyo a los mismos; aumentando la información, reforzando las normas sociales contrarias al consumo de alcohol problemático o abusivo, modificando actitudes que favorezcan al consumo de alcohol, disminuyendo la accesibilidad y disponibilidad, potenciando el desarrollo de habilidades y competencias personales y sociales e incrementando habilidades y resistencia como factores de protección en los adolescentes (García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007).

1.3.4 Ámbitos de la prevención

Las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, tales como la comunidad educativa, las familias, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), las Fuerzas Armadas (FFAA), hostelería y restauración, los contextos de ocio y la comunidad en general. Por ello, la regulación y la normativa relacionada con las drogas y otras conductas adictivas ejercen un papel fundamental en la prevención de las conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables. Se debe incorporar la prevención ambiental, principalmente, en espacios de ocio comunitario (fiestas locales) y de música y baile (festivales musicales, fiestas multitudinarias públicas o privadas) sin dejar de tener en cuenta otros contextos de actuación donde esté indicada. También, es necesario complementarla con acciones comunitarias de prevención en el ámbito local para reducir los problemas asociados al consumo de alcohol, especialmente en menores. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2018)

Los diferentes ámbitos de actuación según García, Sánchez, Flores y Bobes (2007), son los siguientes:

- **Ámbito educativo:** programas educativos que permitan modificar la percepción normalizada del consumo y de actitudes pre-consumo, incrementar la percepción de riesgo, modificar la prevención normativa del grupo y creencias erróneas hacia el uso y el consumo de sustancias, potenciar el desarrollo de factores de protección: habilidades y competencias personales. Fomentar vínculos con la

sociedad-familia-escuela. Prevención del fracaso escolar, además fomentar la inclusión de la educación para la salud en el proyecto del centro y la detección de menores en riesgo.

- **Ámbito familiar:** fomentar el desarrollo de habilidades y recursos personales de los/as hijos/as. Fomentar factores de protección familiar, vínculos a través de la mejora de la comunicación, desarrollo de la autoestima y la autonomía. También intervenir de manera precoz en las/os hijas/os consumidoras/es. La familia debe de implicarse en los programas escolares.
- **Ámbito comunitario:** en el caso de programas comunitarios la eficacia depende de la posibilidad de abarcar múltiples componentes, cuando se combina el trabajo con las escuelas, con los padres y las madres, los medios de comunicación locales, las organizaciones sociales, la policía, los centros de salud y los servicios sociales, las intervenciones muestran buenos resultados.
Lo fundamental para poder coordinar todos estos sectores y para obtener unos buenos resultados es la organización de la comunidad para implicar a los mismos dentro de un mismo proyecto con objetivos compartidos y competencias específicas. Para ello, como ya he nombrado anteriormente, se debe modificar la percepción de normalización del consumo y actitudes pro consumo. Sensibilizar a la población para aumentar el rechazo social hacia ciertos patrones de consumo, además incrementar la percepción de riesgo, realizar campañas institucionales de información y sensibilización. Fomentar la utilización de recursos comunitarios y disminuir la accesibilidad.
- **Medios de comunicación:** es importante actuar sobre el impacto de los mensajes de los medios en las creencias, intenciones, actitudes y normas sociales. Las campañas de los medios de comunicación bien diseñadas pueden tener efectos directos en la conducta.
La publicidad es uno de los factores que incide en el consumo debido a su promoción, dándolo a conocer, haciéndolo atractivo y apetecible. Además, los medios de comunicación influyen en la concepción social de un problema, e incide en la toma de decisiones políticas sobre medidas para la intervención sobre el mismo.
- **Ámbito legislativo:** disminuir la accesibilidad y la disponibilidad, emplear leyes de regulación de la venta y la publicidad de las drogas. Y por último la potenciación de la investigación sobre los efectos y consecuencias de las mismas.
- **Ámbito laboral:** en este ámbito es imprescindible la prevención del consumo de sustancias institucionalizadas como es el caso del alcohol, priorizando sectores, colectivos y contando siempre con la participación de las organizaciones empresariales, los sindicatos y los servicios de prevención.

Los Ámbitos definidos por el contexto institucional en el que se desarrolla la intervención según Cid (1995) citado en Baulenas, Borrás, de Andrés, y del Río , (2000) son:

- **Ámbito escolar:** sus potencialidades: la edad escolar es rica en cambios y momentos decisivos para la maduración y, por lo tanto en riesgos, no sólo ante el uso de drogas, sino ante múltiples circunstancias. En el transcurso de la escolarización se van adquiriendo mediante hábitos y modelos de comportamiento en los que se puede incidir con cierta facilidad, dada la ‘plasticidad’ de estas edades. Además en este ámbito, la promulgación de la LOGSE en el año 1990 abrió nuevas perspectivas a la prevención escolar, incorporó la educación para la salud como tema transversal (es decir, que debe ser trabajado a través de todas las áreas de contenido), incluyendo en el mismo la educación sobre drogas. (Baulenas, Borrás, de Andrés, & del Río , 2000)
- **Ámbito penitenciario:** las peculiares características de la cárcel la convierten en un contexto institucional de máximo riesgo para el inicio, mantenimiento o consolidación de usos problemáticos de drogas. La creación en los centros penitenciarios, aunque sólo desde 1994 y no en todas las prisiones, de los Grupos de Atención a Drogodependientes (GAD) facilita que a partir de ellos se puedan desarrollar estrategias de prevención.
Los GAD son equipos multidisciplinares compuestos por personal penitenciario y extra penitenciario. Están encargados de coordinar, programar, supervisar, ejecutar y evaluar las actuaciones en el ámbito de la intervención en drogodependencias.
- **Ámbito sanitario,** los recursos sanitarios poseen capacidad para contactar con toda la población. Sus profesionales tienen un reconocido prestigio social. La inclusión en los centros de salud de profesionales procedentes de disciplinas no sanitarias (psicólogos y trabajadores sociales) facilita un enfoque más amplio. Algunas Comunidades Autónomas han creado recursos sanitarios con una visión más preventiva y de educación para la salud. Estos servicios pueden convertirse en un óptimo apoyo para desarrollar la prevención del uso problemático de drogas.

1.3.5 Prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la hostelería

En nuestra sociedad, la diversión nocturna está vinculada al consumo de sustancias. Este hecho se ha extendido a la mayoría de locales (Bertomeu, Calafat, Comas, y Cuesta, 2012).

Otros espacios de diversión como las fiestas populares, patronales u otras celebraciones puntuales adoptan formas y estrategias de la diversión nocturna o se ven afectadas por prácticas como el botellón. España se ha convertido, en un destino turístico internacional de ocio nocturno, que ofrece paquetes de viaje para celebraciones

concretas de fin de semana (fiestas de cumpleaños o de despedida de soltero/a), así como destinos turísticos vinculados a la escena clubbing (con promociones de discotecas y DJs). De esta forma, la expansión forma parte del proceso de globalización. Ese modelo de ocio no solo se ha extendido a países desarrollados, sino que se encuentra en pleno proceso de expansión en países en vías de desarrollo de América Latina, Europa del Este, Sureste asiático y Oceanía (Bertomeu, Calafat, Comas, y Cuesta, 2012).

Por tanto, como principal estrategia preventiva, se debe cuestionar tanto los estereotipos que implican que todos los jóvenes lo hacen como todas las conductas que los potencian. Muchos jóvenes son capaces de identificar tanto los riesgos como el componente manipulador que conllevan las ideologías que promueven el consumo de sustancias. En el caso de los menores que se inician en el consumo, en especial de alcohol y tabaco, en edades tempranas el tema resulta más preocupante ya que a esas edades no tienen aún la madurez física ni racional para gestionar dichos consumos (Bertomeu, Calafat, Comas, y Cuesta, 2012).

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas pueden ser debidos a varios factores, pueden ser personales, familiares o sociales, o a situaciones en el medio ambiente laboral, o por una combinación de todos ellos. Es decir, la empresa puede sufrir las consecuencias de los consumos de sus trabajadores, a la vez que puede estar contribuyendo mediante factores de riesgo laborales a ser causa de esos consumos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

Estos problemas no solo repercuten en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que pueden causar muchos inconvenientes en el trabajo, como una pérdida de productividad: absentismo con bajas, accidentes laborales, procedimientos disciplinarios, incremento de costes por los daños y por mala imagen en el negocio, incapacidades permanentes, muertes prematuras entre la población activa, entre otras más consecuencias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

El consumo excesivo de alcohol engloba a varios sectores como son el sector primario (agrícola, pesquero, ganadero, y extractiva), en la hostelería y la construcción.

La experiencia demuestra la eficacia de realizar intervenciones básicas, dentro de un proceso transparente, en un ambiente de confianza, siempre teniendo en cuenta la confidencialidad, con la participación de los representantes de los trabajadores. Para ello, se debe disponer de una política preventiva por escrito y un programa preventivo del consumo de alcohol u otras drogas en la empresa, con un carácter integral y consensuado por todos los implicados, buscando un impacto efectivo y sostenible a largo plazo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

Ana Fernández, la concejala de Servicios Sociales en el ayuntamiento de Cádiz, ha expresado en una nota de prensa que el programa de prevención de drogas en la hostelería tiene como objetivo general es implicar a los/as profesionales del sector hostelero dentro de la reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Además tiene objetivos específicos, uno de ellos es sensibilizar a los/as profesionales del sector hostelero sobre la importancia que pueden desempeñar para evitar o reducir los riesgos derivados y asociados al consumo de alcohol y otras drogas, formar a los/as profesionales del ámbito de la hostelería en dispensación responsable de alcohol y pautas de reducción de riesgos y fomentar la dispensación responsable de alcohol y el cumplimiento de la normativa en relación a las drogas dependiendo si son legales e ilegales. (Anónimo, 2017)

Con ello, se llevará a la práctica realizándose unas sesiones formativas a empresarios y empresarias del sector hostelero, así como los profesionales que desempeñen su trabajo en el ámbito de la hostelería y a los beneficiarios indirectos a los usuarios de los locales de hostelería. Este programa de intervención en materia de prevención de drogodependencias está enmarcado en el ámbito de Reducción de la Demanda que define la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Dicho programa, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, cuenta con la participación e implicación del colectivo profesional y empresarial del sector hostelero. (Anónimo, 2017)

El programa se desarrolla en el marco del convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería. El trabajo, según avanza Fernández, se desarrolla en dos líneas, por un lado se trabaja la prevención y por otro lado, se lleva a cabo la disminución del riesgo y reducción del año. Entre los primeros participantes de esta iniciativa podemos encontrar al alumnado de la Escuela de Hostelería de Cádiz, estando abierto a la participación de toda empresa de este ámbito que lo solicite. Las empresas que finalicen la formación recibirán la certificación y la acreditación por parte de la Federación Española de Hostelería (Anónimo, 2017)

El programa preventivo del consumo de alcohol y otras drogas en la empresa debe derivar en beneficios directos para los trabajadores y para la empresa:

En primer lugar, para los trabajadores: mejorar la salud y el bienestar mediante el acceso a la información, asesoramiento y medidas de prevención eficaces, incrementar la seguridad laboral, disminuyendo el riesgo de sufrir accidentes o lesiones provocadas por uno mismo o por compañeros del trabajo. Y por último, Aumentar el apoyo, el asesoramiento y la posibilidad de derivación para asistencia a los trabajadores

con problemas de consumo de alcohol u otras drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

En segundo lugar, para la empresa: mejorar la salud, el bienestar, la seguridad de sus trabajadores, además, mejorar el clima y la imagen de la empresa. Por otro lado, contribuir a la responsabilidad social corporativa. Y como objetivo general es la reducción de la probabilidad de que surjan problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral. Para ello, se debe pretender: la mejora de la coordinación de las acciones preventivas en el ámbito laboral, promover acciones preventivas específicas, mejorar el conocimiento y los sistemas de información disponibles, reducir el acceso a alcohol y drogas en el ámbito laboral, implantar estrategias preventivas basadas en la reducción de la demanda con el objetivo final de mejorar el nivel de salud de los trabajadores (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

El programa cuenta con la participación e implicación del colectivo profesional y empresarial del sector hostelero y recreativo, es producto de un convenio de colaboración suscrito entre el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería. Lo que se pretende es que los establecimientos de hostelería se planteen como un objetivo de sus servicios disminuir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en sus clientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, 2007).

Por otro lado, teniendo en cuenta que los consumos abusivos de alcohol y el consumo de otras drogas se producen con frecuencia con motivo de las actividades recreativas, es necesario tomar conciencia de la importancia de intervenir en el Sector Hostelero para prevenir los consumos problemáticos y reducir sus riesgos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

De acuerdo con este planteamiento, se han llevado a cabo, en los últimos años, diversas iniciativas por todo el país para promover la prevención de las drogodependencias en el entorno del Sector Hostelero. El convenio establecido en 2007 entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Federación Española de Hostelería ha propiciado la creación del Programa Nacional de Prevención de las Drogodependencias “Servicio Responsable” con el objetivo de desarrollar una cultura preventiva y de reducción de daños en la compleja realidad del consumo de alcohol y otras drogas, en una clara muestra del interés sectorial e institucional por este tipo de iniciativas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Conocer la opinión de los empresarios/as de la hostelería sobre medidas preventivas en relación al abuso y dependencia al alcohol.

2.2 Objetivos específicos

- Descubrir medidas preventivas en el ámbito de la hostelería.
- Explorar sobre la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en la hostelería.
- Identificar los factores de riesgo del consumo de alcohol.

3. MÉTODO

En relación al método para el desarrollo de la investigación, a continuación, se expone cómo realizaremos dicho trabajo en los siguientes apartados como son las características generales, la población, el periodo temporal y el ámbito geográfico en el que se realizará dicho estudio. Luego la técnica de recogida de datos, las técnicas de análisis, los resultados y por último la discusión de los resultados obtenidos y las conclusiones.

3.1 Características generales

En cuanto a las características generales de la investigación como podemos observar principalmente es cualitativa, es decir, se realizaron un total de 18 entrevistas dirigidas a los/as empresarios en el sector de la hostelería para saber su opinión y las medidas preventivas en relación al abuso y consumo de alcohol.

3.2 Población, periodo temporal y ámbito geográfico

La población destinataria básicamente son los empresarios y las empresarias junto a sus trabajadores/as del sector hostelero.

El periodo temporal en el que se ha elaborado la investigación de este trabajo es de los meses mayo-junio-julio de 2018 y abril- mayo de 2019.

En cuanto al ámbito geográfico, las entrevistas se han realizado en el municipio de Arafo y el municipio de Candelaria, en la Isla de Tenerife. En el municipio de Arafo se han realizado 4 entrevistas debido a que es un pueblo pequeño, donde existen pocos locales y en el municipio de Candelaria se han realizado 14 entrevistas.

3.3 Técnicas de recogida de datos

Para la recogida de los datos que necesitamos acudimos de forma presencial a los diferentes locales solicitando permiso para realizar las entrevistas. Se utilizó una entrevista elaborada ad hoc, cuyo guion de la entrevista cuenta con 16 preguntas abiertas sobre la prevención del consumo de alcohol.

3.4 Técnicas de análisis

En relación al análisis de los datos obtenidos, para luego concluir con los resultados a través del estudio en profundidad que se ha realizado podremos conocer la opinión de los/as empresarios/as de la hostelería sobre medidas preventivas en relación al abuso y dependencia al alcohol.

4. RESULTADOS

A continuación, se encuentran los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los/as empresarios/as de la hostelería sobre posibles medidas preventivas en relación al abuso y dependencia al alcohol, con el objetivo de conocer la opinión de cada uno/a de ellos/as y descubrir medidas preventivas en el ámbito de la hostelería.

Tabla 1: Los/as empresarios/as de la hostelería entrevistados/as según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	11	61
Mujer	7	39
Total	18	100

Podemos observar que el perfil de las personas entrevistadas según el sexo “hombre” constituye un 61% y por otro lado, con una minoría de un 39% de las personas entrevistadas, forman parte del sexo “mujer”.

Tabla 2: Los/as empresarios/as de la hostelería entrevistados/as según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 30 años	3	17
De 30 a 40 años	5	28
De 40 a 50 años	4	22
De 50 a 60 años	6	33
Total	18	100

En la tabla anterior como se puede observar se ha distribuido la edad de los/as empresarios/as que se ha entrevistado en intervalos de 10 en 10, empezando por 20 años. En primer lugar, la mayor parte de los/as entrevistados/as correspondiendo a un 33% tienen “de 50 a 60 años”. En segundo lugar, con un 28% las personas entrevistadas se encuentran en el intervalo de “de 30 a 40 años”. En tercer lugar, un 22% corresponde a las personas entrevistadas en el intervalo “de 40 a 50 años”. Por último, una minoría, que constituye un 17 % son los/as empresarios/as entrevistados/as con un intervalo de edad “de 20 a 30 años”.

Tabla 3: Lugar, localidad del local de los/as empresarios/as en hostelería entrevistados/as.

Localidad	Frecuencia	Porcentaje
Municipio de Arafo	4	22
Municipio de Candelaria	14	78
Total	18	100

Como podemos observar el mayor número de los/as empresarios/as entrevistados/as, con un 78% se han realizado en el “municipio de Candelaria” y el porcentaje restante de las entrevistas realizadas con un 22% tienen lugar en el “municipio de Arafo”.

Tabla 4: Los/as empresarios/as de la hostelería entrevistados/as según el nivel de estudios.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Estudios Primarios	9	50
Estudios Secundarios	2	11
Estudios de Bachiller	5	28
Estudios Universitarios	2	11
Total	18	100

En primer lugar, podemos observar como con un 50% la mayoría de los/as empresarios/as entrevistadas tienen “estudios primarios”. En segundo lugar con un 28% de las personas entrevistadas poseen “estudios de bachiller”. En tercer lugar con un 11% de los/as empresarios/as que han sido entrevistados/as corresponde a los “estudios secundarios” y también hace referencia con 11% a las personas entrevistadas con “estudios universitarios”.

Tabla 5: El horario de los diferentes locales de los/as empresarios/as de la hostelería entrevistados/as

Horario del local	Frecuencia	Porcentaje
De 06:00 horas a 00:30 horas	1	6
De 07:00 horas a 00:00 horas	5	28
De 08:00 horas a 23:00 horas	4	22
De 09:00 horas a 22:00 horas	1	6
De 10:00 horas a 23:00 horas	1	6
De 11:00 horas a 22:30 horas	1	6
De 12:00 horas a 00:00 horas	2	11
De 13:00 horas a 00:00 horas	2	11
De 17:00 horas a 00:00 horas	1	6
Total	18	100

Como podemos observar en esta tabla, existen diferentes horarios en los locales de los/as empresarios/as que se ha entrevistado. El 28% de las personas entrevistadas coincide con el horario “de 07:00 horas de la mañana a las 00:00 horas” de la noche. Un 22% hace referencia al horario comprendido “de 08:00 horas y las 23:00 horas” de la noche. Además, con un 11% de las personas entrevistadas como podemos observar coinciden dos tipos de horarios, por un lado el horario es “de 12:00 horas a 00:00 horas” y por otro lado “de 13:00 horas a 00:00 horas”.

Por último con porcentajes inferiores, encontramos con un 6%, la existencia de 5 horarios diferentes sobre los locales de los/as empresarios/as a los que se ha entrevistado. Los horarios son los siguientes: “de 06:00 horas a 00:30 horas”, “de 09:00 horas a 22:00 horas”, “de 10:00 horas a 23:00 horas”, “de 11:00 horas a 22:30 horas”, y para finalizar, “de 17:00 horas a 00:00 horas”.

Tabla 6: Opinión de los/as empresarios/as entrevistados sobre si se sienten Informados/as acerca de los problemas que conlleva el consumo abusivo de alcohol.

Informados	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	94
No	1	6
Total	18	100

La mayoría de los/as empresarios/as de la hostelería a los que se les ha entrevistado han respondido que “sí” se sienten informados/as acerca de los problemas que conlleva el consumo abusivo de alcohol con un 94%. Con una minoría del 6% se encuentran las personas entrevistadas que han comentado que “no” se sienten informados/as acerca de los problemas que conlleva el consumo abusivo de alcohol.

Tabla7: Opinión de los/as empresarios/as acerca de si es un grave problema el alcohol en el lugar donde se encuentra su local.

Un problema el alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	89
No	2	11
Total	18	100

Como podemos observar en la tabla, las personas entrevistadas consideran con un 89% que “Si” es un grave problema el consumo de alcohol en el lugar donde se encuentran sus locales. Sin embargo, un 11% de los/as empresarios/as a los que se ha entrevistado no coincide en lo mismo, creen que “No” es un grave problema el consumo de alcohol en el lugar donde se encuentran sus locales.

Tabla 8: Bebida alcohólica más consumida en los locales de los/as empresarios/as en la hostelería entrevistados/as.

Bebida alcohólica	Frecuencia	Porcentaje
Cerveza	7	39
Vino	5	28
Ron y Ginebra	6	33
Total	18	100

Según los/as empresarios/as que han sido entrevistados/as con un 39% coinciden en que la “cerveza” es la bebida alcohólica que más se consume en sus locales. Seguidamente la bebida que más se consume en los locales de las personas entrevistadas con un 33% podemos encontrar el “Ron y Ginebra” y en último la bebida alcohólica que más se consume según las personas entrevistadas es el “vino” con un 28%.

Tabla 9: Opinión de los/as empresarios/as en la hostelería acerca de la edad a la que comienzan los jóvenes a consumir alcohol.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
[12 - 13]	8	44
[14 - 15]	9	50
[15 - 16]	1	6
Total	18	100

En cuanto a esta tabla, la edad de comienzo de consumo de alcohol según la opinión de los/as empresarios/as de la hostelería a los que se ha entrevistado, el 50% de los jóvenes comienzan a consumir alcohol con edades comprendidas entre “14 - 15” años. Seguidamente, un 44% de las personas entrevistadas señalan que se comienza a consumir bebidas alcohólicas en edades entendidas entre los “12 - 13” años y por último una minoría de un 6% de los/as empresarios/as de la hostelería opinan que los jóvenes comienzan a consumir alcohol en las edades entre “15 – 16” años.

Tabla 10: Opinión de los/as empresarios/as en la hostelería sobre el adelanto del consumo de alcohol en los jóvenes.

El consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	94
No	1	6
Total	18	100

En relación a si se ha adelantado el consumo de alcohol en los jóvenes, el 94% de los/as empresarios/as entrevistados/as nos comentan que “sí” se ha adelantado el consumo de alcohol en los jóvenes. Por otro lado, un 6% de las personas entrevistadas opina que “no” se ha adelantado el consumo de alcohol en los jóvenes.

Tabla 11: Opinión de los/as empresarios/as en la hostelería entrevistados/as sobre el motivo más común que lleva a una persona a consumir alcohol.

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Amistades	3	17
Problemas (familiares y en el trabajo)	6	33
Diversión	7	39
Conocer nuevas personas	2	11
Total	18	100

Como podemos observar, según las personas entrevistadas, el motivo más común que lleva a una persona al consumo del alcohol es la “diversión” con un 39%. Un 33% de los/as empresarios/as entrevistados/as opinan que el motivo más común que lleva a una persona a consumir alcohol se debe a los “problemas tanto familiares como en el trabajo”. Con un 17% de las personas entrevistadas se conoce que el motivo más común por el que una persona consume alcohol son las “amistades”. Por último un 11% de los/as empresarios/as que se han entrevistado opinan que el motivo más común que lleva a una persona a consumir alcohol es “conocer a nuevas personas”.

Tabla 12: Espacios de prevención del consumo de alcohol según los/as empresarios/as entrevistados.

Espacios de prevención	Frecuencia	Porcentaje
Educativo	3	17
Familiar	6	33
Comunitario	7	39
Medios de comunicación	2	11
Total	18	100

En cuanto a los espacios de prevención del consumo de alcohol, como podemos observar en la tabla un 39% de las personas entrevistadas opina que se debe al ámbito “comunitario”. Por otro lado, un 33% de los/as empresarios/as de la hostelería que han sido entrevistados/as coinciden con el espacio “familiar”. Con una minoría de un 17% de las personas entrevistadas podemos encontrar el ámbito “educativo”. Por último, un 11% de los/as empresarios/as que se ha entrevistado se corresponde con los “medios de comunicación”.

Tabla13: Opinión de los/as empresarios/as para saber si se podrían realizar actividades para la prevención del consumo de alcohol.

Realizar actividades	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	100
No	0	0
Total	18	100

Como podemos observar todos/as los/as empresarios/as a los/as que se les ha realizado la entrevista, están de acuerdo con un total del 100% en que se podrían realizar actividades de prevención del consumo de alcohol.

Tabla 14: Opinión de los/as empresarios/as sobre el conocimiento de actividades de prevención del consumo de alcohol.

Conoce alguna actividad	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	33
No	12	67
Total	18	100

En cuanto al conocimiento de actividades de prevención del consumo de alcohol un 33% de los/as empresarios/as de la hostelería opina que “sí” conocen actividades de prevención del consumo de alcohol. Por otro lado, un 67% de las personas entrevistadas ha respondido que “no” conoce actividades de prevención para el consumo de alcohol.

Tabla 15: Opinión de las/os empresarias/os entrevistadas/os sobre actividades que realizarían para la prevención del consumo de alcohol.

Actividades para la prevención	Frecuencia	Porcentaje
Formación para mis empleados	4	22
Publicidad en el local sobre las consecuencias	5	28
Normas de la casa	2	11
No sé	7	39
Total	18	100

En cuanto a las actividades que realizarían para la prevención del consumo de alcohol, podemos destacar con un 28% a las personas entrevistadas que proporcionarían “publicidad en el local sobre las consecuencias del consumo” de alcohol. Un 22% de los/as empresarios/as entrevistados/as opina que realizarían “formaciones para sus empleados” para la prevención del consumo de alcohol. Por otro lado, un 11% de las personas entrevistadas realizaría como actividades de prevención del consumo de alcohol las “normas de la casa”. Por último hay que destacar que un 39% de las personas entrevistadas han respondido “No sé” en cuanto a las actividades que realizarían para la prevención del consumo de alcohol.

Tabla 16: Opinión de los/as empresarios/as entrevistados/as sobre si se podría realizar prevención del alcohol desde los locales.

Prevención desde los locales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	100
No	0	0
Total	18	100

Haciendo alusión a que si los/as empresarios/as de la hostelería realizarían la prevención del alcohol desde sus locales, como podemos observar un total del 100% comenta que “Sí” llevarían a cabo la prevención del alcohol desde sus locales.

Tabla 17: Opinión de los/as empresarios/as sobre si se realiza prevención del consumo de alcohol desde sus locales.

Prevención	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	94
No	1	6
Total	18	100

Por último en relación a la prevención del consumo de alcohol desde los propios negocios de las personas entrevistadas, una mayoría de un 94% opina que “sí” realiza prevención del consumo de alcohol desde sus locales frente a un 6% de los/as

empresarios/as de la hostelería que opinan que “No” realiza prevención del consumo de alcohol desde su local.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A modo de conclusión y destacando los resultados más relevantes obtenidos en los diferentes apartados por los que nos hemos interesado debemos señalar.

En primer lugar haciendo referencia la edad con la que comienzan los jóvenes a consumir, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población de 15 a 64 años en España. Haciendo alusión a los resultados obtenidos en las entrevistas podemos observar que coincide, con un 50% de los/as empresarios/as de la hostelería entrevistados/as, que los jóvenes comienzan a consumir alcohol en las edades comprendidas entre “[14-15]” años.

Por lo que cada vez aumenta de manera notable el consumo de alcohol en los/las jóvenes a una edad más temprana. El consumo de alcohol a temprana edad tiene efectos perjudiciales sobre la salud física y mental como puede ser la intoxicación por el consumo abusivo de alcohol, los accidentes de tráfico, la violencia y el suicidio.

Además, es ilegal el consumo de alcohol antes de los 18 años. Sin embargo, si un joven o una joven menor de edad desea consumir alcohol, consigue hacerlo aunque esté prohibido su consumo, debido a la facilidad que tienen los/as jóvenes a la hora de acceder al consumo de alcohol.

Los adolescentes en general, no hablan de alcoholismo ni de adicción al alcohol puesto que en general no consumen alcohol entre semana. Sin embargo, sobrepasarse todos los fines de semana y comenzar a depender de ese hábito conlleva también un tipo de alcoholismo, que crea dependencia y adicción.

En cuanto a las bebidas que más se consumen en los locales según las personas entrevistadas podemos observar que es la “cerveza” es la bebida alcohólica más consumida en los locales con un 39%, seguidamente el “ron y la ginebra” y en último lugar encontramos el “vino”. Estos resultados coinciden con la teoría nombrada anteriormente y podemos destacar que un estudio realizado por la OMS indicó que la cerveza contenía entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5% y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%.

Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer aquellas personas que consumen grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer enfermedades agudas.

El uso abusivo del alcohol produce varios daños sociales y costos económicos, la mayoría de los cuales no se reflejan en las estadísticas sobre las enfermedades relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol también contribuye a las diferencias sanitarias entre los países y, a nivel personal, a la pobreza y al aislamiento social.

Por otro lado, en cuanto a los motivos por los que se consume el alcohol, varios autores como Bertomeu, Calafat, Comas, y Cuesta (2012) coinciden con las personas entrevistadas en que el motivo más común que lleva a una persona al consumo de alcohol es la diversión con un 39%, ya que, la diversión tanto nocturna como diurna hoy en día está vinculada al consumo de sustancias.

Sin embargo, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería, (2007) los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas pueden ser debidos a varios factores, ya que, pueden ser personales, familiares o sociales, o a situaciones en el medio ambiente laboral, o por una combinación de todos ellos.

Hay jóvenes que asocian el consumo de alcohol con la diversión y el relacionarse socialmente, necesitan el alcohol para sentirse más seguros.

Entre las causas del consumo de alcohol en jóvenes, las más comunes son: Para formar parte de un grupo de amigos, para divertirse más y sentirse bien, para olvidar los problemas, para deshinibirse y poder hacer cosas que de otra manera no realizarían. Pero, muchas veces existen otro tipo de factores como son los problemas familiares, sociales, escolares, problemas de depresión, ansiedad y el divorcio o separación de sus progenitores.

Por otro lado, un 33% de los/as empresarios/as entrevistados/as opinan que el motivo más común que lleva a una persona a consumir alcohol se debe a los “problemas tanto familiares como en el trabajo” y se refugian en el consumo de alcohol para evadirse de la realidad. Para muchas personas, el consumo de alcohol es solo una forma placentera de relajarse. Sin embargo, las personas con trastornos por consumo de alcohol lo toman en exceso, poniendo en peligro sus vidas y las de los demás.

Además, un 17% de las personas entrevistadas conoce que el motivo más común por el que una persona consume alcohol son las “amistades”. Debido a que muchas personas independientemente de su edad se dejan influenciar y consumen alcohol por pertenecer a un grupo de amigos o por llamar la atención y ser líder en su grupo de amistades.

En cuanto a los ámbitos de prevención del consumo de alcohol, en las entrevistas realizadas el ámbito más relevante con un 39% de los/as empresarios/as entrevistados/as es el ámbito comunitario. Por lo tanto, resaltando el porcentaje que hemos obtenido de las entrevistas y relacionándolo con los autores, García, Sánchez, Flores y Bobes (2007), a la hora de explicar el ámbito comunitario hacen reseña que en

el caso de programas comunitarios la eficacia depende de la posibilidad de ejercer muchas funciones, como por ejemplo, cuando se combina el trabajo con las escuelas, con los padres y las madres, los medios de comunicación locales, las organizaciones sociales, la policía, los centros de salud y los servicios sociales, las intervenciones muestran buenos resultados.

Para ello, se debe sensibilizar a la población para aumentar el rechazo social hacia ciertos patrones de consumo, amplificar la percepción de riesgo, realizar campañas institucionales de información y sensibilización. Es necesario promover la utilización de recursos comunitarios y disminuir la accesibilidad.

En segundo lugar encontramos el ámbito familiar, con un 33% de los/as empresarios/as de la hostelería entrevistados/as, se debe fomentar el desarrollo de habilidades y recursos personales de los/as hijos/as. Emprender factores de protección familiar, vínculos a través de la mejora de la comunicación, desarrollo de la autoestima y la autonomía. La familia debe implicarse en los programas escolares y estar más pendiente de sus hijos/as. También intervenir de manera precoz en las/os hijas/os consumidoras/es para evitar problemas futuros y que conozcan las graves consecuencias que conlleva el consumo abusivo de las drogas.

En tercer lugar, en cuanto a los medios de comunicación, hemos obtenido un 11% de las personas entrevistadas. Es importante actuar sobre el impacto de los mensajes de los medios en las creencias, intenciones, actitudes y normas sociales.

Muchas personas se dejan influenciar por las redes sociales, como son el Facebook, el Instagram, entre otros. Y son capaces de llevar su cuerpo al límite imitando lo que otras personas hacen.

Además, hay que tener en cuenta la calidad de los anuncios publicitarios que los medios de comunicación ofrecen continuamente sobre bebidas alcohólicas. Anuncios que son muy atractivos y que provocan y mantienen su gran aceptación entre el público frente a los anuncios de carácter preventivo.

Por ello, haciendo alusión a los diferentes autores como García, Sánchez, Flores y Bobes, 2007, es importante actuar sobre el impacto de los mensajes de los medios. Las campañas de los medios de comunicación bien diseñadas pueden tener efectos directos en la conducta. Asimismo, los medios de comunicación influyen en la concepción social de un problema y quebranta en la toma de decisiones sobre medidas para la intervención sobre el mismo.

Según Cid (1995) y los resultados obtenidos de las entrevistas, con un 11% de las personas entrevistadas, podemos señalar el ámbito escolar. La edad escolar es propensa a cambios y momentos determinantes para la maduración y, por lo tanto también en riesgos, no sólo ante el uso de drogas, sino ante muchas circunstancias.

Las estrategias de prevención pueden ayudar a crear condiciones necesarias para implantar programas, proyectos y diferentes actividades. Como por ejemplo: aumentar la información, reforzar las normas sociales contrarias al consumo abusivo de alcohol, modificar actitudes que favorezcan al consumo de alcohol, disminuir la accesibilidad y disponibilidad, potenciando el desarrollo de habilidades personales e incrementar habilidades y resistencia como factores de protección en los adolescentes.

Según los autores García, Sánchez, Flores, y Bobes, 2007, dichas estrategias de prevención tienen como objetivo la disminución del consumo, retrasar la edad de inicio y reducir los daños asociados al consumo de alcohol.

En cuanto a disminuir el consumo de alcohol es muy complicado ya que no sólo trata de un simple consumo sino que está integrado dentro de la cultura, por lo que puede generar conflictos de intereses y ser además objeto de rechazo por una parte de la población. Pero, a pesar de ello, se debe reducir el consumo de la población general para poder conseguir que se reduzcan los daños producidos por el alcohol, y sobre todo también en los menores de edad.

Existen programas de reducción de daños dirigidos a diferentes colectivos que ayudan a crear una cultura preventiva en general y por tanto a conseguir un objetivo más amplio de reducción global del consumo.

En relación a la realización de actividades de prevención del consumo de alcohol, como podemos observar en los resultados que hemos obtenidos, todas las personas entrevistadas coinciden, con un 100% en llevar a cabo dichas actividades. Haciendo alusión a la concejala de Servicios Sociales en el ayuntamiento de Cádiz, Ana Fernández, ha mencionadola elaboración de un programa de prevención de drogas en la hostería que tiene como objetivo general es implicar a los/as profesionales del sector hostelero dentro de la reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

En cuanto a los programas de prevención orientados a mejorar la calidad del servicio y el ambiente laboral en relación con el consumo de drogas deben promover cambios de estilo de vida, e incluso de cultura de la salud dentro de la empresa.

Además, tanto Ana Fernández como las personas entrevistadas, con un 22% de las personas entrevistadas, coinciden en que se llevaría a la práctica unas sesiones formativas a empresarios y empresarias del sector hostelero, así como los profesionales que desempeñen su trabajo en el ámbito de la hostelería y a los beneficiarios indirectos a los usuarios de los locales de hostelería.

No obstante, un 39% de las/os empresarias/os a los que hemos entrevistados nos han respondido “No sé” que actividades realizar para la prevención del consumo de alcohol. Por lo que se debería de llevar a cabo este programa de prevención de drogas

en la hostelería para así ayudar a los/as profesionales del sector hostelero dentro de la reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Para finalizar tras los resultados obtenidos, observamos que el 100% de las personas entrevistadas realizarían la prevención del alcohol desde sus locales. Por lo tanto, se debería de realizar programas de prevención de drogas desde la hostelería ya que en este sector es donde con más frecuencia se dan conductas de consumo abusivo por parte de las personas que acuden a los locales y muchos/as de ellos/as causan problemas al sector y así mismos/as graves problemas a la salud. Tanto los/as trabajadores/as y las empresarias y los empresarios del sector tienen un papel de agentes de salud y pueden actuar para prevenir riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcedo, M. Á., Dema, S., Fontanil, Y., & Solís, P. (2013). *Estudio sobre el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes del Concejo de Oviedo*. Oviedo: Plan Municipal sobre Drogas.
- Anónimo. (22 de Junio de 2016). En España hay 260.000 bares, más que en todo Estados Unidos. *La información*.
- Anónimo. (20 de mayo de 2017). El ayuntamiento implica a la hostelería en la campaña de prevención de drogas y consumo responsable de alcohol. *Europa Press*.
- Arbesu, J. A., Armenteros del Olmo, L., Casquero, R., & Gonçalves, F. (2016). *Manual del consenso sobre el alcohol en atención primaria*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Argandoña, A., Fontrodona, J., & García-Lombardía, P. (2009). *Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España*. Barcelona: CBS - Center for Business in Society; Diageo .
- Association, A. P. (2014). *Guia de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* . Chicago, EEUU: Médica Panamericana.
- Baulenas, G., Borrás, T., de Andrés, M., & del Río , M. (2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: FAD.
- Becoña, E. (2002) (a) . *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002) (b). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: ministerio del interior.
- Bertomeu, A., Calafat, A., Comas, D. y Cuesta, U. (2012). *Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud*. Logroño.
- Betancourt, E. L. (2011). *Drogas: entre el Derecho y el drama*. Madrid: Ramón Areces.
- Consumo, M. D. (2007). *Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas*. Madrid: Rumagraf.
- Díaz, R., y Serrano, L. (2003). *¡Siempre elogies tú! Lo que necesitas saber sobre el alcohol*. Barcelona: socidrogalcohol.
- Díez, I. (2003). *La influencia del alcohol en la sociedad*. Donostia: Osasunaz. 5, 2003.
- En España hay 260.000 bares, más que en todo Estados Unidos. (22 de Junio de 2016). *La Información*.
- España, M. d. (1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Madrid: Organización Mundial de la Salud .

- Fernández, J. R., Secades, R., Becoña, E., y Calafat, A. (2002). *Intervención Familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- García, C. M., Sánchez, A., Flores, J., y Bobes, J. (2007). *comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas*. Madrid: Rumagraf.
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. madrid: delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: ministerio del interior.
- Martínez, I. M., Nieto, M. A., y del Pueyo, B. (2000). *Actuar es posible. Medios de comunicación y drogodependencia*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2009). *Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016*. Barcelona: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *EDADES 2015-2016. Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería. (2007). *Programa de prevención "Servicio Responsable"*. Navarra. Recuperado, de <http://www.servicioresponsable.org/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la FEHR. (2007). *Programa de prevención "Servicio Responsable"*. Navarra. Recuperado el 2018, de <http://www.servicioresponsable.org/>
- Pascual, F., y Guardia, J. (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. Oviedo: Socidroalcohol.
- Pereiro, C., & Fernández, J. J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidroalcohol.

- Pérez, A. (1997). *Información general par la Prevención de Drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogodependencia.
- Psychiatric Assosiation, A. (2014). *Guia de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Chicago, EEUU: Médica Panamericana.
- Secretaría de Salud. (2011). *Prevención del consumo de alcohol en el lugar del trabajo*. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.
- Souza, M., Guisa, V., Barriga, L., & y Sanchez, R. (2009). *Consumo de drogas legales e ilegales*. Madrid: Talasa.
- Torres Hernández, M. Á., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Oviedo: socidroalcohol.
- Verdú, R. M. (2007). Drogas, adolescentes y medios de comunicación. *Dialnet*, 51-70.

ANEXOS

Anexo 1: Guion de las entrevistas para los/as empresarios/as de la hostelería sobre posibles medidas preventivas en relación al abuso y dependencia al alcohol.

Nombre y apellidos (opcional):

1. Sexo
2. Edad
3. Lugar, localidad del local.
4. ¿Cuál es su nivel de estudios?
5. ¿Cuál es el horario de su local?
6. ¿Se siente usted informado/a acerca de los problemas que conlleva el consumo abusivo de alcohol?
7. Pensando en la localidad donde se encuentra el local, ¿cree usted que el alcohol es un grave problema?
8. ¿Qué bebida alcohólica es la que más vende en su local?
9. ¿A qué edad cree que comienzan los jóvenes a consumir alcohol?
10. ¿Cree que se ha adelantado el consumo de alcohol en los jóvenes?
11. ¿Cuál cree que es el motivo más común que lleva a una persona al consumo de alcohol?
12. En cuanto a los espacios de prevención del consumo del consumo de alcohol, ¿qué ámbito cree que es el más relevante? ¿Se debería de reforzar más la prevención en ese ámbito?
13. ¿Cree que se deberían de realizar actividades para la prevención del consumo de alcohol?
14. ¿Conoce alguna actividad de prevención del consumo de alcohol?
15. ¿Qué actividades realizaría usted para la prevención del consumo de alcohol?
16. ¿Se pueden realizar medidas preventivas del consumo de alcohol desde los locales?
17. ¿Se hace algo de prevención del consumo de alcohol en su local? ¿Qué se hace? En caso que no ¿Qué podría realizarse?