

**UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DISEÑADO CON LOS ESTUDIANTES**

**Informe Final**

Investigación Institucional

Código 1276

**MARÍA LILIANA MUÑOZ ORTEGA\***

Investigadora

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA**

**Facultad de Psicología**

Bogotá, Colombia  
Diciembre 2011

\*Docente Institución Universitaria Iberoamericana. Psicóloga y magister en comunicación social, Pontificia Universidad Javeriana. Contacto: ml.munoz@laibero.net

**Asistentes de investigación-Estudiantes de trabajo de grado.**

Gina Paola Gutiérrez Garavito

Luz Carola Giraldo García

María Angélica Escudero Renteria

Maria Stella Sepulveda Estupiñan

Diana Marcela Gracia Osorio

Marcela Archbold Archbold

Nadia Tatiana Mora Barrera

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
METODO.....	31
RESULTADOS.....	37
DISCUSION.....	41
REFERENCIAS.....	44
ANEXO 1 Test del Audit .....	50
ANEXO 2 Guía actividad “lluvia de ideas”.....	52
ANEXO 3 Consentimiento informado .....	55
ANEXO 4 Ficha de actividad.....	57
ANEXO 5 Logo del programa.....	58
ANEXO 6 Ficha evaluación actividades.....	59
ANEXO 7 El Programa .....	60

## UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DISEÑADO CON LOS ESTUDIANTES

María Liliana Muñoz Ortega  
Institución Universitaria Iberoamericana  
Bogotá, Colombia

### Resumen

El presente estudio busca diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención en consumo de alcohol en una institución universitaria de la ciudad de Bogotá. Se parte de dos estudios anteriores que propusieron, con la participación de los universitarios los elementos que se consideran deben tener los programas en consumo de alcohol a nivel de las universidades (Muñoz et al., en prensa) y (Muñoz et al., 2009). En esta línea, bajo una mirada de participación y acudiendo a grupos focales de discusión y análisis, se diseñó el programa con propuestas dadas por los estudiantes. El programa especificó los objetivos, la estructura y el plan de actividades. Para el diseño y la implementación del programa se tuvieron como dificultades la ausencia de una política institucional con las correspondientes limitaciones logísticas y de presupuesto. El estudio involucró a los estudiantes de las 8 carreras de pregrado de las jornadas diurna y nocturna de la institución. En la percepción del programa, los estudiantes expresaron acuerdo con su utilidad para la comunidad universitaria, la posibilidad de conseguir resultados en los jóvenes pudiendo generar inquietudes hacia un control en el consumo de alcohol. La evaluación del consumo de alcohol en los estudiantes antes y después de la implementación del programa no mostró diferencias significativas.

**Palabras Clave:** Alcohol, Consumo de alcohol en jóvenes, Programas prevención en consumo de alcohol.

### Introducción

El presente estudio forma parte de una línea de investigación que se desarrolla desde el grupo de investigación del área clínica y de la salud. Esta línea está centrada en el análisis del consumo de alcohol en jóvenes y la propuesta de alternativas de programas de prevención en este ámbito. El insumo para el presente estudio es la investigación realizada en Bogotá en el año 2009 denominada consumo de alcohol en universitarios, elementos para programas de promoción y prevención en la que los estudiantes de la

institución universitaria propusieron elementos para los programas de prevención a partir del análisis de la realidad del consumo de alcohol en ellos mismos (Muñoz et al., 2009). También se retomó el estudio similar que se realizó en diez universidades (Muñoz et al., en prensa).

Se interviene con una mirada de trabajo con comunidades enfatizando la participación activa de sus miembros en las diferentes etapas del diseño de un plan de prevención en salud que incluye la determinación de las necesidades, de los principios que fundamenta el plan, de los objetivos, de las acciones y estrategias de implementación y de la evaluación.

### **Problema**

Los dos estudios realizados en los años 2008 y 2009 en la ciudad de Bogotá en instituciones de educación superior (Muñoz et al., en prensa; Muñoz et al., 2009) mostraron que al alrededor del 90% de los estudiantes de las universidades consumen alcohol. Se detecta que este consumo es alto entre la población universitaria y que está directamente influido por la cultura global de la población colombiana. Es una ingesta que se inicia tempranamente con una media aproximada de 14 años y que cuenta con la aquiescencia del contexto. En este sentido se ratifica el planteamiento que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando la clasifica como un problema de salud pública (OMS, 2008, 2011).

En los estudios mencionados en el párrafo anterior, a su vez, los estudiantes plantean que los programas de prevención en consumo de alcohol en las universidades deben abarcar las diferentes instancias, con el apoyo de las unidades de bienestar universitario enfatizando el que los estudiantes deben tener un papel protagónico con su participación en el diseño de los

programas y de las actividades, así como en la implementación y evaluación de los mismos. Enfatizan la asesoría médica y psicológica y el fortalecimiento de la autoestima, las habilidades sociales y núcleos familiares adecuados, así mismos dan importancia a la oportunidad para realizar actividades alternativas diferentes a las que se asocian con el consumo de alcohol. Todas estas acciones deben realizarse mediante estrategias como talleres y campañas llamativas, motivantes e impactantes que deben ser lideradas por la unidad de bienestar estudiantil y los mismos estudiantes.

Teniendo en cuenta los anteriores hallazgos, en la presente investigación se parte de la siguiente pregunta: ¿Qué características tendrá un programa de prevención en consumo de alcohol diseñado con la participación de estudiantes universitarios para ellos mismos?

En Colombia, la anterior pregunta de investigación es relevante desde lo social dadas las implicaciones que el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes trae para la sociedad en general y para ellos mismos a nivel personal, familiar y social. La deserción escolar y universitaria, los accidentes, los homicidios y las riñas, entre otros eventos puede verse asociadas al consumo de alcohol. Además, la Encuesta Nacional de Salud del 2007 mostró que un 15,4 % de los hombres jóvenes entre 18 y 29 años fueron ubicados como alcohol-dependientes y en las mujeres el porcentaje fue del 2.7% (Ministerio de Protección Social & Pontificia Universidad Javeriana, 2009). Solo en la medida en que se realicen acciones de prevención en consumo de alcohol que realmente lleguen a los jóvenes, se podrán controlar las situaciones descritas.

### **Fundamentación bibliográfica**

El adolescente o el joven, al ingresar al ámbito de la educación superior no solo se ve enfrentado al reto de iniciar un nuevo proceso de tipo intelectual sino además, se enfrenta a nuevos retos sociales, haciendo su adaptación casi necesaria dentro del grupo. Así entonces, aunque generalmente docentes e instituciones fomentan un desarrollo saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que puede llegar a ocasionarle problemas como desórdenes del comportamiento, rebeldía, lucha intergeneracional, consumo o abuso de alcohol y drogas, entre otros (Camacho, 2005).

Los jóvenes analizan su propio pensamiento de la siguiente forma: primero, la audiencia imaginaria, la idea del adolescente de que es juzgado y observado continuamente. Segundo, las fábulas personales, el sentimiento de que es tan especial que debe estar exento de las leyes ordinarias de la naturaleza, es decir, el sentimiento de invulnerabilidad que parece ser el fundamento de ciertos comportamientos riesgosos que son tan frecuentes en este período. El joven además se ve enfrentado a discutir y discernir conceptos culturales, valores, leyes y normas entre otros (Camacho, 2005). Con respecto al alcohol, su consumo se genera desde una cultura aprobatoria de la sustancia y una presión y/o adaptación al grupo, hasta crear una necesidad en el individuo.

La OMS en el 2005, reportó que 2.000 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. En el año 2000, el 4,0% de la carga mundial de morbilidad era consecuencia

del consumo de alcohol, siendo este un nivel apenas inferior al de los estragos causados por el tabaquismo (4,1%) en la sociedad (OMS, 2005).

Los datos mundiales del 2011 muestran que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año. Unos 320.000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo de edad. El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral. El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social (OMS, 2011).

En Colombia de acuerdo con el estudio nacional coordinado por el Programa de la Presidencia de la República RUMBOS, 2002, la prevalencia de consumo de alcohol era del 88,3% en Bogotá, en jóvenes entre 10 y 24 años. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares colombianos, realizado por el Ministerio de Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes [DNE] (2008), el 20% de los jóvenes de 12 a 17 años declaró haber probado el trago y de 18 a 24 el 46 %, el 12,2 % en este último rango de edad está en "consumo problemático", lo que corresponde a 2,4 millones de personas.

Con relación a la edad de inicio de consumo Cicua, Méndez y Muñoz (2008) encontraron que un 20.4% de los adolescentes iniciaron el consumo de



alcohol antes de los 10 años, un 76.8% lo hizo entre los 10 y 14 años y el 2.8% entre los 15 a 17 años, confirmando lo expuesto por RUMBOS (2002) y Barrios et al. (2004). Finalmente, algunos de los resultados arrojados por la encuesta nacional de la salud del 2007 a partir del test de Cage, demuestran que en Colombia el consumo dependiente de alcohol en jóvenes es cercano al 8 % (Ministerio de la Protección Social de Colombia & Pontificia Universidad Javeriana, 2009).

Probablemente a partir de las cifras anteriores y en vista de que este fenómeno se presenta en gran porcentaje de países, los mismos, han creado estrategias para decrementar el consumo de alcohol enfatizando en los menores de edad. Una de las estrategias ha sido el aumento en la edad mínima para comprar alcohol, en muchos países la edad requerida son los 21 años, en Colombia la edad mínima son los 18 años. Otro factor en el consumo de alcohol son los controles sobre los monopolios de fabricación del producto que deben tener los entes gubernamentales una supervisión que regule volumen de expendio y horarios de distribución, estos horarios también aplicarían a los pequeños vendedores. En América Latina y el Caribe, Colombia es uno de los mejores ejemplos en cuanto a la limitación del consumo de alcohol, mediante la restricción de los horarios de venta. Cuando Rodrigo Guerrero, médico y experto en salud pública, fue alcalde de Cali, Colombia, dedicó gran parte de sus esfuerzos a combatir el problema emergente de la violencia. Organizó encuestas que determinaron que el 40% de las víctimas de la violencia y el 26% de las personas que habían fallecido en forma violenta habían consumido mucho alcohol. La respuesta al problema fue la aprobación de una ley semiseca, que cerraba los bares y las discotecas a la

1 de la madrugada los días de semana y a las 2 los viernes y sábados. Éstas y otras medidas lograron reducir la tasa de homicidios de 80 por 100.000, a 28 por 100.000, en un período de ocho años (Harris, 2005).

A pesar de las medidas tomadas, la edad de inicio para ingerir alcohol es cada vez menor lo que ocasiona un aumento escalonado en frecuencia y en intensidad en la ingesta de alcohol (Londoño & Vinaccia, 2005). El consumo hoy por hoy se encuentra tan extendido que se ha declarado un problema de salud pública. No sólo por que daña al individuo sino además incluye problemáticas como accidentes de tránsito, muertes violentas, abuso y violencia sexual, contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, problemas familiares y dificultades académicas. Desafortunadamente son pocos los recursos tanto económicos, como físicos y de personal para atender el problema y abarcar a toda la población.

Las expectativas de los adultos significativas frente al consumo de alcohol favorecen en el joven la adquisición de ciertas creencias de beneficio respecto de ésta conducta y facilitan el abuso en el consumo. Esto debe tomarse en cuenta a la hora de diseñar estrategias de intervención que no pueden quedarse únicamente en la atención dirigida al joven dejando de lado a padres y otros familiares que pueden ejercer oposición en el proceso de disminución del consumo. Las expectativas se consolidan a partir de las experiencias del sujeto frente al consumo, ya sea directamente o a través de modelos (aprendizaje vicario) que pueden ser los familiares y/o los pares, de allí surgen las actitudes hacia dicha conducta y de ella nace la intención de acercarse o no al consumo (Londoño, García, Valencia & Vinaccia, 2005).

La conducta de ingerir alcohol es similar a la del consumo de otras sustancias en términos de sus complejidad, además aún no se tiene el conocimiento para aplicar una intervención de costo-efectivos. El consumo es asociado a tres variables principales, la primera, como una evitación a problemas propios de su edad, la segunda por necesidad de ser aceptados dentro de un grupo y la tercera por el reforzamiento de la ingesta valorada positivamente (Londoño & Vinaccia, 2005).

La conducta de consumo se debe explicar desde una perspectiva psicobiosocial, teniendo en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos (Becoña, 2007). Se ha intentado encontrar estrategias de intervención que aporten soluciones duraderas; la alternativa conocida desde varios sectores profesionales es la prevención. Algunos autores afirmaban que crear oportunidades donde se involucre a los jóvenes en actividades comunitarias podría disminuir el uso y abuso de sustancias. Han recibido críticas cada uno de los programas por falta de efectividad ya que eran los padres y la comunidad quienes podían controlar el uso de drogas en los jóvenes. En el caso del programa basado en información, presenta pocos cambios de actitud, además se pretendía concienciar a los jóvenes con el lema de “beber de manera responsable”, pero esto ha conducido a una definición confusa y conflictiva de acuerdo a los objetivos de los programas.

En los ámbitos educativos es donde más se han aplicado los programas de prevención, muchos de estos programas arrojan resultados diferentes ya que con el paso del tiempo la sociedad no es la misma. Esto requiere que los objetivos de los programas y la evaluación del programa varíen y se hace la

recomendación de que se ajusten según el tipo de población (Gómez, Luengo & Romero, 2002).

Otro de los posibles sesgos para las intervenciones está relacionado con el momento en el que se debe intervenir, ya que es difícil trazar una línea divisoria a partir de la cual se pasa de la prevención primaria a la prevención secundaria. Entre más tempranas son las edades de intervención, más difícil es distinguir entre lo educativo, terapéutico y lo social; aunque ganamos en posibilidades de prevenir, nos alejamos de la conducta y población directa lo cual pone en riesgo la adherencia a la intervención (Arco & Fernández, 2002).

En España, el Plan nacional sobre drogas 2000-2008, abordó el problema del abuso de drogas desde una perspectiva global, lo que implicó incorporar plenamente el abordaje de todas las sustancias que pueden ser objeto de consumo y/o abuso, incluidas las drogas legales. Entre los elementos esenciales para asegurar la eficacia de las intervenciones se destacan: desarrollo de normas sociales contrarias al abuso de drogas en el medio donde se aplica la intervención, transmisión de información veraz, a través de canales de difusión que resulten creíbles, corrección de percepciones erróneas o míticas respecto a las distintas drogas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de resistencia a las presiones y utilización de métodos didácticos interactivos para el desarrollo de programas de educación (Salvador, 2000).

En Colombia, la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas del 2007 y su impacto, del Ministerio de Protección Social, plantea que las dinámicas actuales del consumo demandan urgentes respuestas efectivas que sean basadas en el conocimiento de la realidad y los

diferentes grupos, fortaleciendo el trabajo participativo, debe acudir a la investigación, con una evaluación sistemática y articulando las distintas acciones planeadas e implementadas con mínimos de calidad. Estos factores pueden facilitar la obtención de resultados verificables en el campo del consumo de alcohol y otras sustancias y en la minimización de su impacto sobre la sociedad y sus individuos (Ministerio de la Protección social, 2007).

En el 2010, la OMS, Con el panorama descrito, en la 63<sup>a</sup> Asamblea Mundial de Salud se convocó a todos los países miembros a asumir el reto de lograr la reducción del uso nocivo de alcohol entendido no sólo como un problema de salud pública sino especialmente como un problema de desarrollo en tanto los países con limitaciones a nivel económico, político, social y cultural presentan un mayor nivel de consumo nocivo. Así, plantea una estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol en la que recomienda, al igual que en las conferencias anteriores el trabajo comunitario ya que según su planteamiento puede lograrse así que al interior de las comunidades se conozcan y asuman los daños que acarrea el consumo, movilizándolo de esta manera a la población en contra de la venta y el consumo (OMS 2010).

Dentro de los programas actuales para la prevención e intervención del consumo de alcohol, la psicología cognitiva ha sido el marco teórico dominante, de él han nacido las tres teorías que han dominado el escenario de intervención en investigación preventiva. Los tres modelos más utilizados en la prevención han sido el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, y la teoría de la eficacia. Este marco teórico cognitivo-social, organiza prioritariamente el proceso de intervención: incrementos en el conocimiento sobre drogas y alcohol, cambios en actitudes relacionadas con

alcohol y drogas y cambios en el consumo de drogas y alcohol. Las ventajas de estos modelos es que primero, se centran en predecir y comprender la conducta, segundo, ofrecen explicación sobre eventos privados, tercero, analizan la relación entre conducta encubierta y externa y cuarto, acumula datos relevantes en cuanto a actitudes, creencias, etc. (Brannon & Feist, 2001)

Las estrategias de intervención están centradas a nivel individual, familiar, grupo de pares y compañeros, colegios, universidades y entorno social. Sin embargo muchos de los modelos ignoran variables del contexto, no sugieren intervenciones específicas sobre la conducta y por tanto no se centran en la probabilidad de modificarla (Arco & Fernández 2002).

Otro de los modelos por los cuales se han encaminado los programas de prevención e intervención es el del Aprendizaje. Dentro del aprendizaje se destacan estudios que han llevado al descubrimiento de procesos de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social o vicario. Esto ha tenido gran relevancia, puesto que la psicología del aprendizaje ha desarrollado técnicas de tratamiento efectivas para distintos trastornos y procesos cognitivos que permiten conocer procesos de pensamiento y otros de tipo interno que explican la conducta, por ejemplo técnicas atribucionales, cognitivas, de solución de problemas, etc. Estos principios son lo que se utilizan en la prevención de drogodependencias. Es de vital importancia conocer la cultura, en relación a la valoración y normas que tiene sobre el consumo de drogas, el proceso de socialización, el papel de la familia (estilos de crianza, control, expectativas, etc.). También conocer la vulnerabilidad y predisposición biológica que puedan existir en el individuo (Becoña, 2007).

Según Flórez (2000) el proceso para reducir el consumo se debe dar por etapas, esas etapas son: a) conocimiento del riesgo general, b) identificación del riesgo personal y vulnerabilidad, c) identificación de involucrarse en la modificación del riesgo identificado, d) decisión de emprender o no la acción de modificación del riesgo, e) planeación del manejo de contingencias para instrumentar la decisión tomada, f) mantenimiento de las acciones emprendidas, g) elaboración de planes de control y de manejo ante caídas. Esta propuesta supondría un mayor presupuesto en cuanto los programas de prevención actuales, ya que se necesitaría de grupos interdisciplinarios que colaboren no solo con la investigación, diseño, aplicación y evaluación de los mismos, si no, además, establecería una conjunción entre los programas que son cien por ciento informativos (causas y consecuencias) y los de intervención directa (cambio de comportamiento).

En general el proceso dentro de los programas de prevención se debe dar de la siguiente forma: a) la creación de equipos interdisciplinarios y creación de redes de apoyo, b) realización de diagnósticos, c) sensibilización de corresponsabilidad sobre todos los actores implicados, d) formulación del problema y diseño o elección del modelo de intervención, e) diseño de estrategias de intervención que incluyan aspectos más relevantes asociados al consumo y considerados predictores del cambio, f) aumento de la percepción de riesgo, g) balance decisional (evaluar los beneficios de consumir y de no consumir alcohol, h) preparación de un plan, i) ejecución del acción, j) manejo de las recaídas, k) entrenamiento de agentes de la comunidad y de padres, l) diseño e instrumentación de procesos de evaluación continuos (Londoño & Vinaccia, 2005).

Uno de los programas que ha probado su efectividad se realizó en Estados Unidos, en la investigación realizada por Gómez, Luengo y Romero (2002), en la cual durante cuatro años se realizó seguimiento a un programa de prevención de consumo de droga en escuelas; los resultados arrojados aunque no tan significativos, si lograron establecer una educación de consumo. El programa consistió en satisfacer necesidades personales como la identidad, autoestima, entre otras; su tratamiento va dirigido a entrenamiento en habilidades sociales que puedan resistir las presiones dadas por la sociedad. Lo que se hizo para hacer seguimiento al programa de prevención fue grabar todas las sesiones de 45 – 50 minutos en donde los investigadores los revisaban constantemente y apuntaba las actividades que no fueron relevantes y efectivas, además se dejaban a los estudiantes tareas complementarias que pudieran desarrollar en casa, el programa se centraba en 6 componentes, estos eran: componente informativo, componente centrado en la autoestima, componente de toma de decisiones, componente centrado en la sociedad, componente de habilidades sociales y componente centrado en actividades de ocio. La forma de evaluación se realizó mediante autoinformes realizados por los participantes con el debido proceso y la garantía de la confidencialidad de sus respuestas. Los componentes que se mencionan en el estudio anterior son similares a las propuestas hechas por los estudiantes universitarios durante las investigaciones realizadas en Bogotá en donde los universitarios abogan por el restablecimiento de la autoestima, el autocontrol y el conocimiento, y la necesidad de ofrecer actividades alternas a las comúnmente realizadas bajo consumo de alcohol ( Muñoz et al., en prensa; Muñoz, et al 2009).



Durante los años 80 y 90 se encontraron cuatro recomendaciones que son la inclusion de iguales al programa, la utilizacion de multiples estrategias de intervencion y una base constituida por un modelo psicosocial de influencias sociales, la busqueda de alternativas al alcohol y ademas sustancias psicoactivas. Otras de las recomendaciones realizadas a los programas de prevencion en el contexto escolar, es la inclusion de los padres y familiares, tener un alcance comunitario, entrenar a los docentes en los programas, campañas sobre mensajes preventivos como el “Di No” y adaptacion de las intervenciones a la poblacion objetivo, debe tener objetivos claros y debe implementarse en edades tempranas (Werch, 1995).

Dentro de los programas que han reducido de forma notoria el consumo de alcohol se encuentra el CEMA-PREMA-P que tiene un enfoque netamente motivacional para la prevención primaria del abuso de alcohol en los estudiantes. La meta de estas intervenciones es disparar el compromiso del cambio, bajo el supuesto de que la mayoría de bebedores poseen las habilidades necesarias para transformar ese compromiso en acción, o pueden adquirirlas en caso de que no las posean, mediante intervenciones adicionales igualmente breves. La persona elige las metas de cambio, generalmente metas de moderación y no de abstinencia del consumo, y hace sus propios planes para el logro de esas metas, a partir de un conocimiento de los factores relevantes como son las situaciones que le llevan a consumir, y la confianza en su capacidad para afrontar dichas situaciones. De hecho la intervención motivacional puede considerarse como un ingrediente básico de la terapia cognitivo-conductual, cuyo principal efecto es el fortalecimiento de la alianza

terapéutica, en dirección del logro de las principales metas que motivan al sujeto que la recibe (Floréz, 2007).

Con el fin de identificar elementos clave en el desarrollo de programas de prevención efectivos y eficaces, como lo reportan Londoño y Vinaccia (2005), se llevo a cabo una revisión de estudios realizados los últimos diez años en la cual se identificaron diversos factores asociados a la efectividad y se agregaron otros factores para determinar el éxito de las estrategias de prevención: Uno de los factores importantes es que la prevención debe ser específica ya que se debe tener en cuenta que el problema esta mediado por la etapa de desarrollo en la que se encuentra, características de la comunidad y la aceptación cultural del consumo. La prevención específica está centrada en el entrenamiento de habilidades sociales y de afrontamiento específico asociadas a la reducción del consumo.

Es importante incluir métodos de enseñanza enfocados a orientar al individuo, adicional debe estar basado en el desarrollo de habilidades y en instrucciones interactivas que faciliten la participación de los jóvenes en la formulación del problema y en las alternativas de prevención. Al igual se deben incluir variedad de métodos de intervención con el fin de asegurar un impacto en todos los niveles, promover la participación de los jóvenes en todas las actividades acorde a sus intereses y realizar modificaciones en las propagandas, anuncios comerciales que invitan al consumo, con el fin de facilitar un cambio individual y colectivo que permita la construcción de una nueva cultura del consumo.

Se deben tener en cuenta factores socioculturales donde se respeten las normas de la comunidad, las practicas y creencias culturales con el fin de

identificar los aspectos que se pueden modificar y que estrategias se emplearían; de igual manera es indispensable construir relaciones positivas entre los adultos y los jóvenes, con el fin de fortalecer la conexión joven-familia-maestros-comunidad para que de esta manera sea posible alcanzar los objetivos del plan de prevención. De igual manera, las estrategias de prevención se deben realizar en el momento oportuno, es decir, antes de que el problema de abuso de alcohol aparezca, ya que en las Universidades el mayor consumo se observa en los tres primeros semestres y la prevención se debe realizar en el momento que el estudiante ingrese a la vida universitaria.

En los planteamientos de Londoño y Vinaccia (2005) ya expuestos, en los programas de prevención en alcohol en el ámbito universitarios, se debe dar lugar a la participación de los estudiantes en la definición de los diferentes componentes. Sobre este punto de la participación en estudiantes universitarios, Rojo (2009) reportó los resultados de una serie de debates, donde más de 50 jóvenes de 9 universidades públicas y privadas se congregaron junto a CONACE para debatir sobre los riesgos que provoca el consumo de alcohol y drogas y así también realizar propuestas para prevenir la presencia de estas sustancias al interior de sus de sus universidades. La autora plantea que lo más importa es escuchar las propuestas de cómo podemos hacer prevención, pero con sus propias ideas. Entre las propuestas que realizaron los jóvenes destacaron la formación de departamentos de prevención en las universidades y la implementación de un curso que informe sobre estos contenidos, entre otras. Es necesario realizar una especie de censo, para determinar las carreras donde se presenta mayor consumo y realizar una correlación entre el consumo y los rendimientos académicos para

determinar cuanto afecta. Se deberá realizar una campaña potente, con afiches y propaganda informativa, que sea invasiva y que penetre en los jóvenes.

Las preguntas que quedan por hacer a continuación es: ¿Si diferentes programas han demostrado efectividad, por qué las cifras de consumo, abuso y dependencia siguen subiendo?, ¿si durante los últimos años se han generado programas con bases teóricas sólidas, porqué el inicio de consumo se encuentra en los menores de 11 a 12 años?, ¿Cuál es la falla de estos programas?, ¿Cuáles son las variables que se han olvidado en la prevención?

Se debe admitir el hecho de que no se conocen los procesos conductuales subyacentes al fenómeno de las drogodependencias, por ejemplo hay ciertos factores causales y están muy ligados al individuo, la familia, el colegio y la sociedad en general. Ahora bien, si se observa varios factores ligados a potenciar o mantener ciertas conductas, entonces se debe intervenir en múltiples contextos para lo cual se debe contar con otros profesionales para trabajo interdisciplinar. La influencia negativa por parte de su familia o grupo de pares (historia de alcoholismo, conflictos familiares etc), puede poner a las personas en un riesgo considerable. Otro de los problemas de las intervenciones y de los programas de intervención está relacionado con el momento de implementar los ya que es difícil trazar una línea divisoria a partir de la cual se pasa de la prevención primaria a la prevención secundaria. Entre más tempranas son las edades de intervención, más difícil es distinguir entre lo educativo, terapéutico y lo social (Arco & Fernández, 2002).

Las principales dificultades para valorar los programas preventivos radican en: primero, el establecimiento de metas. Segundo, establecimiento de variables de resultado. Tercero, diseño de investigación, algunas

investigaciones financiadas con fondos públicos priman los resultados a corto plazo sobre los logros a largo plazo, renunciando al control de variables que permiten una valoración más comprensiva. Cuarto, proceso de evaluación, uno de los inconvenientes para los investigadores, es la escasez de pruebas estandarizadas con garantías psicométricas y quinto, la comparación de cambios directos inmediatos. Los cambios en las tasas de consumo son difíciles de constatar al finalizar el programa. Existen las variables mediadoras, por eso es importante una selección acertada y seguimiento a largo plazo, con problemas que implican mortalidad experimental, que son los que corroboran la efectividad de los programas (Espada, Rosa & Méndez, 2003).

Para el marco de referencia de la presente investigación, es vital retomar el estudio que da origen a la misma, “consumo de alcohol en universitarios, elementos para programas de promoción y prevención” (Muñoz et al., 2009). El objetivo del estudio fue proponer con los jóvenes universitarios, elementos para el diseño e implementación de programas de prevención del consumo de alcohol a partir del análisis de los niveles, situaciones y características del consumo. Se encontró un alto consumo de alcohol en la población estudiantil, se inicia tempranamente existiendo indicadores de intoxicación, abuso y dependencia. Las situaciones asociadas al consumo son las emociones desagradables, las emociones agradables, la urgencia por consumir, la presión social y los momentos agradables. Los estudiantes destacan programas de prevención implementados desde Bienestar universitario, orientados a la reducción del consumo y al consumo responsable utilizando gran variedad de actividades impactantes bajo la

responsabilidad de todos los actores sociales implicados incluyendo los padres de familia.

Los resultados del anterior estudio (Muñoz et al., 2009) y el realizado en 10 universidades de Bogotá (Muñoz et al., en prensa) orientan la postura para el diseño del programa de prevención en consumo de alcohol objeto de la presente investigación. Los datos muestran la propuesta de efectuar programas de prevención para los universitarios con riesgo moderado y para estudiantes que muestren problemas más complejos. Para estos programas se enfatizan objetivos y actividades que muestren los efectos del consumo excesivo de alcohol, lo que implica la intoxicación, el abuso y la dependencia, las experiencias de personas que han tenido problemas con el alcohol. Dan un rol importante a la Institución en el aporte que deben dar a los estudiantes para prevenir el consumo excesivo enfatizando la asesoría médica y psicológica y el fortalecimiento de la autoestima y núcleos familiares adecuados. Todas estas acciones deben realizarse mediante estrategias como talleres y campañas llamativas, motivantes e impactantes que deben ser lideradas por la unidad de Bienestar estudiantil y por ellos mismos.

Los universitarios proponen que el enfoque y las estrategias que se empleen sean planteadas por los mismos estudiantes, ya que las estrategias que ellos plantean se encuentran enclavadas dentro de la psicología del ciclo vital acorde con la edad de los participantes, los retos que enfrentan y las expectativas que tienen dentro de una cultura que enfatiza la inmediatez y la tecnología. El enfoque que postulan debe iniciarse tempranamente cubriendo todas las instancias comprometidas pero liderando ellos mismos las estrategias que deberían ser de tipo vivencial basadas en la psicología adolescente/joven y

en las preocupaciones inherentes a estos periodos de la vida. No plantean eliminar el consumo sino hacerlo responsable y atacar los factores de vulnerabilidad. Hacen especial énfasis en que el programa de prevención debería no solo ser liderado por jóvenes sino presentado por ellos y la metodología excluiría conferencias, las técnicas deberían ser de tipo vivencial.

Como es evidente, la línea de investigación de los dos anteriores estudios está centrada en el análisis del consumo de alcohol en comunidades universitarias y en la propuesta de programas de prevención con un enfoque participativo. Para dar base a esta propuesta, a continuación se presentan los planteamientos de la participación comunitaria.

En el área de la salud, el desarrollo comunitario y la participación de los miembros de las comunidades se consideran importantes debido a la toma de conciencia de que las causas de la enfermedad están con frecuencia en la comunidad. En el siglo XX los problemas de salud se vieron relacionados con los estilos de vida siendo importante en la prevención la participación individual y colectiva. La declaración de Alma-Ata en 1978, da recomendaciones para la participación comunitaria en las acciones en salud (Turabian, 1992).

La orientación comunitaria de la atención primaria está basada en los principios de la medicina comunitaria, cuyos principales elementos son la evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su conjunto (Gofin & Gofin, 2007).

Para Turabian, 1992, la salud en las comunidades parte de la perspectiva integral de salud orientada hacia retomar todo lo que afecta al ser humano en su salud, sus condiciones de vida, valores e interacciones. En esta

perspectiva, se analizan conceptos como, 1. Acción social, tendiente a subsanar carencias en contextos sociales y culturales determinados; 2. Bienestar, como valoración subjetiva del estado de salud; 3. Cultura, como conjunto de hechos sociales y acciones que se dan en función de la forma en que el hombre ha comprendido su medio; 4. Medicina comunitaria, corresponde al trabajo orientado hacia los problemas de la comunidad; 5. Problema de salud, visto como una carencia; 6. Movilización social, proceso socio-psicológico a través del cual los grupos adquieren un papel participativo y de intervención en la vida social; 7. Desarrollo comunal, concebido como la participación organizada de la población para lograr su propio desarrollo; 8. Prevención de la enfermedad, término utilizado para designar las estrategias para reducir los riesgos de enfermedad o las consecuencias de la enfermedad; 9. Promoción de la salud, entendido como el proceso mediante el cual los individuos buscan mejorar la salud; 10. Educación para la salud, es decir oportunidades de aprendizaje en aspectos de salud; 11. Participación de la comunidad, concebido como el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad participan en los programas o las actividades en salud, conlleva una autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de la comunidad.

Analizando la perspectiva integral de la salud, la participación de los miembros de las comunidades es fundamental y consiste en una acción comunitaria concreta y efectiva para establecer objetivos, tomar decisiones, planear estrategias y llevarlas a cabo con el objeto de alcanzar una mejor salud. La participación lleva a un autodescubrimiento y de resolución de problemas con relación al conjunto de la comunidad enfocado a la gente, a su



interacción con el entorno. Participar es algo dinámico, supone la apertura a la realidad social, la comunicación con el entorno. La participación comunitaria es una herramienta de transformación cultural. Para Montero (2009), la participación fortalece a las personas.

En la participación comunitaria es importante determinar lo que implica una comunidad. Para Turabian (1992), una comunidad puede ser un grupo de personas que comparte un espacio o una zona geográfica caracterizado por un tramado de relaciones que conllevan intereses, ideales y valores comunes. En la vida comunitaria hay cinco dimensiones fundamentales, competencias humanas, intereses colectivos, tecnología social, tecnología física y organización social.

Es posible referirse a una comunidad universitaria como el grupo de personas que comparten unos objetivos e intereses de formación dentro de una institución legalmente instituida para impartir formación a nivel de educación superior, que parte de principios y valores propios de su proyecto educativo. La comunidad universitaria estará compuesta por las personas de los diferentes estamentos como el de estudiantes, el directivo, el docente, el operativo o de apoyo administrativo. Una comunidad universitaria requiere de atención primaria en salud dirigida hacia la búsqueda de unas condiciones óptimas de salud. Esta atención en salud puede ser realizada desde una perspectiva participativa partiendo de sus particularidades, necesidades, intereses y recursos e implicará una filosofía, unos objetivos y unas estrategias emanados de los mismos miembros de la comunidad.

Retomando a Turabian (1992) y Costa y López (2000), en la comunidad universitaria, un plan de atención en salud participativo implicará un proceso de

autotransformación que creará un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo de los diferentes miembros que la conforman con miras a un mejor desarrollo en lo personal y lo profesional. La participación conlleva aspectos psicológicos, sociológicos y de toma de decisiones, puede partir de una participación activa, es decir, con responsabilidad colectiva y la adhesión a unos valores y principios con toma de postura y de decisiones frente a los principios que guiarán el plan de atención, sus fines, objetivos, estrategias y acciones.

En un plan de salud con participación comunitaria, participar es un fin, la gente tiene el derecho y la obligación de participar en el proyecto y su ejecución, alcanzará mejores resultados, las personas son fuente de recursos, responderá a necesidades y prioridades de los beneficiarios, favorece el crecimiento de las personas, las hace capaces de identificar y resolver problemas (Turabian, 1992; Costa & López, 2000).

Para los participantes en los planes de salud implica el ser capaces de cooperar eficazmente, mantener el propio interés y el desarrollar y mantener un apoyo externo, se deben identificar las habilidades y recursos de cada uno, en esta medida, habrá diferentes niveles de participantes. Uno de los niveles de participantes son los líderes quienes serán los encargados de movilizar al resto de personas, estos líderes pueden ser seleccionados por elección, al azar, o por autoselección (Turabian, 1992).

La participación en los planes de salud debe ser planificada, (Turabian, 1992); Costa & López, 2000). Un plan de salud participativo es diseñado bajo una perspectiva horizontal, el motivo y jerarquización del plan es determinado por los mismos involucrados y la participación de estos se dan en todas las

etapas del plan, existen expertos que orientan y guían la participación. El proceso de planificación incluye una serie de pasos interconectados, el análisis de la comunidad, el diagnóstico, el enfoque y objetivos del programa, el análisis del grupo, el desarrollo del plan de acción, la ejecución del programa y la evaluación. El diagnóstico parte de la recolección de la información desde diferentes fuentes y estrategias a partir de informantes, reuniones, grupos de discusión, aplicación de encuestas o instrumentos de evaluación. El análisis del grupo implica determinar el grupo al que se dirige el programa identificando sus características y recursos, con este grupo se verifica el problema y se establece el enfoque, los objetivos y el plan siendo necesario establecer las agendas, los métodos y actividades para la implementación. La evaluación del programa implica determinar los estándares bajo los cuales de evaluará.

Turabian (1992) describe algunos modelos de planificación de la participación. -El de Lichefield (1968) en el cual la participación se encontrará en la información brindada, el análisis de esta y en la propuesta de planes. -El modelo de Travis (1969) que incorpora un centro o “cerebro” que activa y controla el proceso.- El modelo de Kozlowski (1970) bajo el cual el proceso de planificación ocurre dentro de un contexto de interés público y de interacciones entre equipo planificador y grupos de la comunidad. – El modelo de Roberts (1974) en el que hay una división del proceso, espacios de participación y espacios de los técnicos. – El modelo de McConnell (1969) en el que se proponen tres bloques paralelos e interconectados, el de información, el diseño del plan y la participación. - El propuesto por McDonald (1969) en el que se diferencian el público, los planificadores y los representantes elegidos. – El

modelo de Newell (1975) en el que se propone determinar la parte técnica y la parte administrativa.

En la participación la estructura de la comunidad es fundamental, los factores de mayor importancia en la comunidad son la experiencia en participación, el tipo y grado de organización, el tipo y fuerza del liderazgo, la interpretación de la problemática de la salud, es un proceso complejo que requiere planificar un programa operativo, cauces accesibles y gratificantes, establecer relaciones de coordinación en vez de subordinación y tener capacidad de desempeñar funciones de gestión participativa. En los procesos participativos se debe tener flexibilidad para adaptarse a las situaciones, autogestión para que las personas tengan el papel de protagonistas, una mirada interdisciplinaria y una programación (Turabian, 1992).

La participación de las personas de la comunidad en los programas de atención en salud es apropiada cuando la meta del proyecto es aumentar el poder de la gente, el proyecto requiere la interacción entre los beneficiarios o cuando los usuarios son capaces de dirigir en parte o totalmente el proyecto. Este proceso requiere de una concientización, una organización, una capacitación y una acción concreta, es central la motivación y en él las personas llegan a las propuestas por la experiencia, genera responsabilidad (Turabian, 1992).

Los planes participativos de atención en salud pueden ser evaluados desde indicadores que ayuda a ver directa o indirectamente los cambios. Los indicadores del proceso de participación pueden ser los resultados de la tarea realizada y la satisfacción de los miembros. Se puede retomar una lista de elementos a evaluar como metas, objetivos, la participación, la realización de

las actividades. La evaluación de los proyectos puede verse desde la monitorización de los indicadores de salud, desde la medición del antes y el después, desde los cambios en los servicios ofrecidos. Esta evaluación es entendida como un examen sistemático de un programa, su diseño, ejecución y resultados con el objetivo de determinar su efectividad y eficiencia. Para la evaluación se utilizan aspectos como la población que podría beneficiarse con el programa; la población a la que llegó el programa; la cobertura, es decir las personas que entran al programa con respecto a la población; el impacto o efectos inmediatos; la eficacia como el impacto del programa para las personas que participaron; la efectividad- impacto sobre la población elegible; la eficiencia-costo sobre la población a la que llega el programa; costo-efectividad, costo con respecto al impacto; los beneficios o ganancias para la comunidad y el costo-beneficio.

## **Objetivos**

### **Objetivo general.**

Diseñar, implementar y evaluar en una institución universitaria, un programa, en conjunto con estudiantes, para la reducción del consumo de alcohol en grupos de jóvenes universitarios consumidores.

### **Objetivos específicos.**

Diseñar un programa, en conjunto con universitarios, para la reducción del consumo de alcohol en grupos de jóvenes universitarios consumidores, determinando objetivos y actividades.

Implementar y evaluar, en una institución universitaria de Bogotá el programa, diseñado en conjunto con universitarios, para la reducción del consumo de alcohol en grupos de jóvenes universitarios consumidores.

### **Variables del estudio**

#### **Variable Independiente.**

Un programa de prevención en consumo de alcohol en estudiantes universitarios diseñado con la participación de los mismos estudiantes.

#### **Variable Dependiente.**

El consumo de alcohol en los estudiantes. Este consumo fue evaluado mediante el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol Audit (ver anexo 1).

## MÉTODO

### Tipo de estudio

La investigación fue de tipo cuasiexperimental en la cual se busco diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención en consumo de alcohol en la reducción del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. El programa será diseñado e implementado con la participación de los mismos estudiantes.

### Sujetos

La población que se escogió son estudiantes hombres y mujeres de pregrado de las jornadas diurna y nocturna de una institución universitaria, en edades entre los 16 hasta más de 31 años. La comunidad universitaria cuenta con 8 carreras como son las de Administración y Finanzas, Contaduría Pública, Psicología, Fonoaudiología, Fisioterapia, Licenciatura en Educación Especial, Licenciatura en Pedagogía Infantil y Tecnología en logística. Para el primer semestre del 2011, sumaban un total de 2912 estudiantes y para el segundo semestre del mismo año 2815.

Para el diseño del programa se contó con la participación de 101 estudiantes de las diferentes carreras quienes en 7 grupos focales dieron sus ideas. Finalmente, se organizo un grupo de 8 estudiantes los cuales bajo la denominación de líderes, analizaron la información de los grupos e hicieron la propuesta del programa. Por razones de tipo presupuestal y logístico la propuesta inicial tuvo unas modificaciones para el momento de la implementación.

La evaluación inicial del consumo de alcohol mediante el Audit, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol se realizó a 938 estudiantes de las diferentes carreras y las jornadas diurna y nocturna. La evaluación final fue aplicada a 599 estudiantes, igualmente de las diferentes carreras y ambas jornadas.

## **Instrumentos**

### **Audit. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol**

Este instrumento fue utilizado como pretest y posttest con respecto implementación del programa (ver anexo 1).

El Audit, fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 y actualizada en 1992. Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Con el creciente uso del screening de alcohol y la popularidad internacional del AUDIT, surgió la necesidad de revisar este manual para incorporar los avances en la investigación y la experiencia clínica (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro 2001).



La adaptación al idioma Español fue realizada por Rubio, Bermejo, Caballero y Santo – Domingo (1998) con una muestra de 326 pacientes de atención primaria de diversos centros de salud en España, alcanzando una validez interna bastante aceptable con un alfa de Cronbach's de 0.86 en el test y en el re test de 0.90. Todas las preguntas que conforman la prueba mostraron un nivel de correlación aceptable con el resto de la escala. Se evidencia que el Audit puede ser usado con éxito en la detección de problemas de alcohol en programas de atención primaria y prevención.

En población Colombiana de universitarios en los estudios se han reconfirmado la adecuada confiabilidad de la prueba con un alpha de cronbach que oscila entre 0.89 en el estudio sobre expectativas (Londoño, García, Valencia & Vinaccia, 2005); 0.905 en el estudio de diseño del modelo cognoscitivo social integrado (Londoño, 2007) y en el estudio de manejo de la presión de grupo con un alpha de 0.912 (Londoño & Valencia, 2008). En una población de jóvenes mexicanos en el 2009 se reporta validez del instrumento (Lucio, Gómez, Morales & Pérez, 2009). Aunque el Audit mide varios aspectos asociados con el tipo de consumo (intensidad, frecuencia, problema asociados y señales de dependencia) estos no constituyen factores independientes.

El Audit está compuesto por 10 ítems cuyas opciones de respuesta se refieren a la cantidad o frecuencia relativas a ciertas situaciones de consumo y la cantidad del mismo, la persona debe elegir la opción que más se acerca a la descripción de su comportamiento. Para su calificación se suman los resultados de cada respuesta que se encuentran en un paréntesis al lado de cada opción, en una escala que va de 0 a 40. La calificación mayor o igual a ocho revela la existencia de problemas asociados al consumo de alcohol, y a

medida que se eleva el puntaje se incrementa la posibilidad de ser abusador o dependiente. Los puntos 4, 5 y 6 son considerados indicadores de dependencia alcohólica. Para la clasificación del nivel de consumo se retoma a Babor et al (2001) considerando 4 niveles. 0-7 Riesgo mínimo; 8-15 Consumo de riesgo; 16-19 Consumo perjudicial; 20-40 Posible dependencia.

### **Formatos y guías para los trabajos en grupo**

Para las diferentes sesiones con los grupos focales de estudiantes se diseñaron guías en las que se especificaban el objetivo y la metodología y las conclusiones de los estudiantes. La guía para la “lluvia de ideas” incluyo espacios para las conclusiones en torno al nombre del programa, sus objetivos, estructura y actividades (ver anexo 2).

### **Consentimiento informado**

Se diseñaron formatos en el cual los estudiantes antes de iniciar las actividades consignaban su aprobación para participar de manera voluntaria en el estudio (ver anexo 3).

### **Ficha de actividades**

Se elaboró una ficha para la planeación de las diferentes actividades que contiene el nombre de la actividad, el objetivos, la metodología, los materiales y la evaluación (ver anexo 4).

### **Ficha de evaluación de actividades**

Para las actividades implementadas, se aplico una ficha para su evaluación en torno a la utilidad del programa en la comunidad universitaria, los resultados que podría alcanzar el programa, si la actividad generaba inquietudes hacia el

control del consumo de alcohol y la pertinencia de repetir actividades similares (ver anexo 6).

### **Procedimiento**

*Paso I.* Bajo previa planeación con las carreras, se realizaron 7 grupos focales denominados “lluvia de ideas en los que participaron 101 estudiantes de las diferentes carreras y semestres. En esta actividad, inicialmente se les presentaron los resultados que se obtuvieron del consumo de alcohol en la propia universidad en el estudio que se realizó en el 2009 (Muñoz et al., 2009). Esta presentación estuvo acompañada de un video sobre el consumo de alcohol. Los estudiantes, por subgrupos diligenciaron la guía (anexo 2) y al final, en plenaria, se determinaron las conclusiones del grupo siendo consignada la información en un formato de la misma guía. La información recolectada estuvo centrada en el nombre del programa, los objetivos, su estructura y actividades. De los estudiantes participantes en estos grupos focales, se conformó un grupo de voluntarios para continuar como líderes en el diseño del programa.

*Paso II.* Con el grupo de líderes, se realizaron dos reuniones en las que se retomaron las conclusiones de los grupos focales de “lluvia de ideas” y elaboraron una propuesta del programa.

Paso III. En el grupo de asistentes de la investigación (también estudiantes de la Universidad) y la investigadora principal, retomando la propuesta del grupo de líderes se concreto un diseño del programa.

*Paso IV.* Por razones logísticas y de presupuesto institucional, fue necesario hacer una reestructuración del programa y las actividades (ver anexo 7).

Paso V. Se diseño el logo del programa (ver anexo 5).

Paso VI. Se realizo la evaluación inicial del consumo de alcohol a estudiantes de la Universidad de las diferentes carreras y las jornadas diurna y nocturna.

Paso VII. Se realiza la planeación de las actividades y se da comienzo a la implementación del programa (ver anexo 7).

Paso VIII. Se realiza la evaluación final del consumo de alcohol a estudiantes de la Universidad de las diferentes carreras y las jornadas diurna y nocturna.

## Resultados

El resultado final del estudio fue el diseño del programa. Este diseño fue producto de las ideas y propuestas de un total de 101 estudiantes de las diferentes carreras y semestres de la Universidad quienes en 7 grupos focales denominados “lluvia de ideas”. En estos grupos se partió de los elementos que para los programas de prevención en consumo de alcohol habían propuesto otros estudiantes de la misma Universidad en el estudio denominado “Consumo de alcohol en estudiantes universitarios, elementos para programas de prevención y promoción” (Muñoz et al., 2009).

El programa se denominó “Toma la decisión” y se estructuró en tres componentes, Destapa tu mente, Conocer sirve y Tomar la decisión. Se tuvo un logo del programa (ver anexo 5). El diseño inicial del programa fue reestructurado por razones institucionales logísticas y de presupuesto. El diseño final del programa se presenta en el anexo 7.

De las actividades programadas, se implementaron todas excepto el mural de textos de expertos y la distribución de la cartilla. El mural debió ser cancelado en dos ocasiones por razones de lluvia en los momentos en que estaban programados, la cartilla, aunque se diseñó no pudo ser enviada a los estudiantes por dificultades en el envío por correo electrónico.

Para las actividades del sketch, el performance en vivo y el performance en muñecos se realizaron evaluaciones con los alumnos asistentes. Los resultados de estas evaluaciones se presentan de manera integrada para cada

una de las preguntas en la tabla 1. Como se observa, el 96% de los alumnos evaluados consideran que el programa en prevención del consumo de alcohol, “Toma la decisión” puede ser de utilidad para la comunidad universitaria; el 93% opinan que el programa puede conseguir resultados en los jóvenes; el 88% consideran que las actividades evaluadas generan inquietudes hacia un control en el consumo de alcohol; y el 91% coinciden en que es pertinente repetir experiencias similares. En este sentido, es posible pensar que el programa y las actividades fueron percibidos de manera positiva por los estudiantes.

Tabla 1.

Porcentaje promedio evaluación actividades sketch, performance en vivo y performance en muñecos

Preguntas	Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	En Desacuerdo	En total Desacuerdo
1. El programa en prevención del consumo de alcohol, “Toma la decisión” puede ser de utilidad para la comunidad universitaria.	52 %	44%	3%	1%
2. El programa puede conseguir resultados en los jóvenes.	25 %	68%	7%	0%
3. La actividad genera inquietudes hacia un control en el consumo de alcohol.	36%	52%	10%	2%
4. Es pertinente repetir experiencias similares.	48%	43%	4%	5%

El consumo de alcohol en los estudiantes fue evaluado mediante el Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, Audit (ver anexo1). Se realizaron evaluaciones antes de iniciar la implementación de las actividades y después de concluida esta implementación. Estas evaluaciones

fueron respectivamente realizadas con 938 en la inicial y 599 en la final. Estas muestras de sujetos, que se analizaron de manera independiente, se encuentran dentro de los límites de representatividad a nivel de 0.05 de acuerdo a la población de estudiantes del periodo calendario correspondiente.

Los datos del Audit para el total de estudiantes mostraron resultados similares entre las dos evaluaciones. Como se observa en las tablas 2 y 3, el mayor porcentaje de estudiantes en ambas evaluaciones se ubico en un riesgo mínimo, con un porcentaje de 2.23 % superior en la evaluación final. En el consumo de riesgo se ve una disminución de 3.03% de estudiantes en la evaluación final. El consumo perjudicial paso de 1,81% en la fase inicial a un 2,51% en la fase final. Los casos de posible dependencia estuvieron en ambas evaluaciones en un 1%.

Tabla 2

Resultados evaluación inicial Audit total de estudiantes

Evaluación Inicial Audit total de estudiantes			
Rango	Nivel	Frecuencia	% Frecuencia
0 - 7	Riesgo Mínimo	726	77,40%
8. - 15	Consumo de Riesgo	185	19,72%
16 - 19	Consumo Perjudicial	17	1,81%
20 - 40	Posible Dependencia	10	1,07%
	Total	938	

Tabla 3

Resultados evaluación final Audit total de estudiantes

Evaluación Final Audit total de estudiantes			
Rango	Nivel	Frecuencia	% Frecuencia
0 - 7	Riesgo Mínimo	477	79,63%
8. - 15.	Consumo de Riesgo	100	16,69%
16 - 19	Consumo Perjudicial	15	2,51%
20 - 40	Posible Dependencia	7	1,17%
	TOTAL	599	

Al analizar los datos mediante la prueba t de student para muestras independientes se encontró que las diferencias no son significativas (ver tabla 4).

Tabla 4

Comparación evaluación Audit inicial y final

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	4,75479744	4,7345576
Varianza	18,923803	20,0347737
Observaciones	938	599
Varianza agrupada	19,3566111	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	1535	
Estadístico t	0,087957	
P(T<=t) una cola	0,46496116	
Valor crítico de t (una cola)	1,64584691	
P(T<=t) dos colas	0,92992232	
Valor crítico de t (dos colas)	1,96151059	



## Discusión

Las fortalezas del programa “ Toma la decisión” están determinadas por dos situaciones particulares: el hecho de haber partido de la realidad misma de los estudiantes de la institución, el tener como eje central la participación constante de los estudiantes y el contemplar actividades novedosas que superan la sola información. El incluir aspectos como estos en los programas de prevención en salud lo resaltan autores como Turabian (1992), Costa y López (2000), Gofín y Gofín (2007), Rojo (2009), Londoño y Vinaccia (2005).

El estudio logró determinar la propuesta de un programa de prevención en consumo de alcohol para ser implementado en una institución universitaria con la participación de los estudiantes. La propuesta inicial debió ser reestructurada por razones logísticas y de presupuesto institucional. Una propuesta como la que diseño requiere de una política general de la institución educativa que permita involucrar todas las instancias de la comunidad educativa como directivos, profesores y alumnos pudiendo así llegar a los alumnos de forma integral y en los diferentes espacios del ámbito educativo, esto de acuerdo a lo planteado por autores como Turabian (1992), Costa y López (2000), Gofín y Gofín (2007), Rojo (2009), Londoño y Vinaccia (2005).

Aunque en la institución se conto con el acuerdo y colaboración de los coordinadores de las carreras, no se presento como un programa institucional lo que llevo limitaciones en la programación e implementación de las actividades. El plan de actividades que finalmente se determino y se implemento no logro involucrar integralmente directivos, profesores, y

alumnos, ni todos los espacios académicos, informativos y sociales de la comunidad educativa.

Los resultados de la evaluación del consumo de alcohol por parte de los estudiantes y el riesgo que presentan en el consumo, evaluado con el Audit (test de identificación de trastornos por consumo de alcohol) no mostraron diferencias significativas entre las evaluaciones antes y después del programa. De todas formas, este resultado debe ser tomado de manera relativa dadas las limitaciones institucionales que se tuvieron lo que llevo a que el programa no incluyo todos los aspectos ni actividades que plantaron inicialmente. Es importante analizar que un programa que se implemento, de manera más completa como política institucional, involucrando todas las instancias y bajo similares principios y objetivos en tres facultades de otra universidad, mostró diferencias significativas en el consumo de alcohol y el riesgo en los estudiantes (Muñoz, Barbosa, Méndez, Cardona & Ruiz, 2011a, 2011b).

Como aspecto a resaltar, el consumo de alcohol y los riesgos de este consumo que mostraron los estudiantes de la institución de esta investigación son menores que los reportados en otras universidades privadas de la misma ciudad (Muñoz et al., en prensa; Muñoz et al., 2011a, 2011b). Analizando esta situación, particularmente la institución universitaria de la presente investigación, tiene como particularidades el ser una institución universitaria pequeña, con jornada diurna y nocturna, en la que la mayoría de los estudiantes combinan el estudio con actividades laborales, ofrece carreras de mayor predilección para una población femenina y de manera especial en el entorno cercano no hay establecimientos de venta de bebidas alcohólicas. Se podría pensar entonces que factores como el entorno, el nivel de ingreso

económico y el género pueden estar relacionados con el consumo de alcohol en los universitarios.

A pesar de las limitaciones ya expuestas, analizando los objetivos y principios del programa que se logró implementar, la percepción de los estudiantes fue positiva, porcentajes de estudiantes superiores al 90% opinaron que el programa puede ser de utilidad para comunidad universitaria, puede conseguir resultados en los jóvenes y que es pertinente repetir experiencias similares. Con respecto a las actividades propiamente, en promedio, el 88% de los estudiantes consideran que pueden generar inquietudes hacia un control en el consumo de alcohol.

Como conclusión, se puede plantear que programas de prevención en el consumo de alcohol en universitarios en los que se parta de su misma realidad y desarrollados con la participación de ellos mismos y mediante actividades novedosas que superen la sola información, pueden ser una alternativa para los planes de prevención en este tema del alcohol, siempre y cuando surjan de una política institucional y se logró involucrar todas las instancias y espacios de la comunidad educativa.

### Referencias

- Arco, J., & Fernández A. (2002). Por Que Los Programas De Prevención No Previenen. *International Journal of Clinical an Health Psychology*, 2 (2), 209-226.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- Barrios, M., Bermúdez, J., Bonilla, R., Camacho, D., Cano, C., Durán, E., Navarro, F., Quiroga, B., Sandoval, J., & Torrado, M. (2004). *Situación Actual y Prospectiva De La Niñez y La Juventud en Colombia*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.
- Becoña, E. (2007). Bases Psicológicas de la Prevención del Consumo de Drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo.
- Camacho, I. (2005). Consumo De Alcohol En Universitarios: Relación Funcional Con Los Factores Sociodemográficos, Las Expectativas y La Ansiedad Social. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Cicua, D., Méndez, M., & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4, (11), 115-134.
- Costa, M., & López, E. (2000). *Salud Comunitaria*. Martínez Roca, España.

- Espada, J., Rosa, A., & Mendez, F. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3 (2), 61-81.
- Flórez, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez, L. (2007). Diagnostico e Intervención del Consumo Excesivo de Alcohol en Ambientes Educativos. TIPICA: *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3(2) Recuperado de [http://www.henry.tipica.org/xwuqiwasjlhasdf7985644Tipica2/presentacion\\_03\\_02.html](http://www.henry.tipica.org/xwuqiwasjlhasdf7985644Tipica2/presentacion_03_02.html)
- Gofin, J., & Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, (2). recuperado de [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)
- Gómez, J., Luengo, A., & Romero E., (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: Cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14 (4), 685-692.
- Gómez-Maqueo, E., Gómez, H., Morales, B., & Pérez, M. (junio, 2009) Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18,(1), 9-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80412413002>
- Harris, S. (2005). El Problema Del Alcohol. Perspectivas de Salud - *La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 10 (1), Recuperado de [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/numero21\\_articulo04.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/numero21_articulo04.htm).

- Londoño, C., & Vinaccia, S. (diciembre, 2005). Prevención del abuso de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y salud*, 15, (2) , 1405-1109. Recuperado de [http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud\\_15\\_1/index.html](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_15_1/index.html)
- Londoño, C., García, W., Valencia, S., & Vinaccia, S. (diciembre, 2005). *Expectativas Frente Al Consumo De Alcohol En Jóvenes Universitarios Colombianos*. *Anales de psicología*, 21 (2), 259-267. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_2/07-21\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_2/07-21_2.pdf).
- Londoño, C. (diciembre, 2007)- Modelo Cognitivo – Social Integrado para la Prevención del Abuso en el Consumo de Alcohol. *Tipica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (2). Recuperado de <http://www.tipica.org>.
- Londoño, C., & Valencia, C. (junio, 2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 155-162.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá: Ministerio de Protección Social República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social, & Dirección Nacional de Estupefacientes [DNE]. (2008). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia* (1ª ed.). Colombia: Editora Guadalupe S.A.
- Ministerio de protección Nacional, & Pontificia Universidad Javeriana (2009). *Presentación de los resultados. Encuesta Nacional de Salud 2007*. (CD). Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección.
- Montero, M. (diciembre, 2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8 (3), 615-626.

Muñoz, L., Correa, B., Franco, L., Gaitan, C., Nieto, P., Villarreal, J., Pinzón, J., Centeno, J., Bedoya, A., Diaz, L., Rodríguez, J. (2009). *Consumo de alcohol en universitarios, elementos para programas de promoción y prevención*. Manuscrito no publicado, Institución Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia.

Muñoz, L., Barbosa, L.C., Briñez, A., Caycedo, C., Méndez, M., & Oyuela, R. (en prensa). Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*.

Muñoz, L. Barbosa, L.C. Méndez, M., Cardona, G., & Ruiz, L. (2011a). *Un programa de prevención alcohol en la universidad diseñado por los universitarios*. Informe de investigación inédito. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Muñoz, L. Barbosa, L.C. Méndez, M., Cardona, G. & Ruiz, L. (2011b). *Programa de prevención del consumo problemático de alcohol en dos comunidades universitarias*. Manuscrito presentado para su publicación.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/es/>.

Organización Mundial de la Salud[OMS]. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2004*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2004/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.

Recuperado

de

[http://www.who.int/publications/list/alcohol\\_strategy\\_2010/es/index.html](http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/index.html)

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Alcohol, nota descriptiva N° 349*. OMS, Centro de Prensa. Recuperado de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html)
- Rojo, M. (2009). Universitarios entregan propuestas para prevenir el consumo de alcohol y drogas al interior de sus casas de estudio. En Pyanez, Diario electrónico de tu comuna, (2009). Perú. Recuperado de <http://www.lacomuna.cl/2009/09/10/universitarios-entregan-propuestas-para-prevenir-el-consumo-de-alcohol-y-drogas-al-interior-de-sus-casas-de-estudio/>
- Rubio, V., Bermejo, V., Caballero S., & Santo-Domingo, C. (enero, 1998). Validation of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in primary care. *Revista clínica española*. 198 (1), 1-4. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9534342>
- Rumbos. (2002). *Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Presidencia de la República.
- Salvador, T. (noviembre, 2000). Avances y Retos en Prevención del Abuso de Drogas. *Revista papeles del Psicólogo*, 77, 18-24. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=842>
- Turubian, J. (1992). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Werch, Ch. (1995). Prevención del consumo de Alcohol, tabaco y otras drogas entre los jóvenes: Recomendaciones para los futuros preventivos. *Revista Psicología Conductual*, 3, 379-394





**Anexo 1**

**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase. AUDIT – OMS**

Piense y analice su consumo de bebidas alcohólicas en el último semestre. Bebidas alcohólicas como la cerveza, el ron, el aguardiente, los cocteles, entre otras. Responda de manera sincera cada pregunta de este test. Coloque en la columna de

**Puntaje** el número que corresponda de acuerdo a la respuesta que escoja ya sea 0, 1, 2, 3 o 4. Cuando termine sume los puntajes y anote el total.

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntaje
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De dos a cuatro veces al mes	De dos a tres veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántos tragos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último semestre ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último semestre no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último semestre ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último semestre ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último semestre no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último semestre		Sí, el último semestre	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último semestre		Sí, el último semestre	
					<b>TOTAL</b>	

**Resultados e Interpretación Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase. AUDIT – OMS**

<b>Puntuación</b>	<b>Nivel de Riesgo</b>	<b>Sugerencia</b>
0 - 7	Riesgo mínimo	Conocimiento alcohol
8 - 15	Consumo de riesgo	Buscar asesoría. Controlar consumo.
16 - 19	Consumo perjudicial	Asesoría y tratamiento. Disminuir y controlar consumo.
20 - 40	Posible dependencia	Intervención especialistas. Terminar consumo y desintoxicación.

Si usted obtuvo una puntuación de 8 o mayor y se encuentra interesado en tener más información y/o participar en un programa que pretende controlar y disminuir el consumo de alcohol contáctenos.

## Anexo 2

### Guía de actividad lluvia de ideas

#### INVESTIGACIÓN: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA IBEROAMERICANA DISEÑADO CON LOS ESTUDIANTES

##### Objetivo

Recolectar ideas de los estudiantes para el diseño del programa de prevención de consumo de alcohol en la Iberoamericana y generar liderazgo y participación en los mismos estudiantes.

##### Metodología

1. La actividad se desarrollará dentro del salón de clase,
2. En cada salón de clase deben estar dos facilitadores.
3. Presentación: “Programa de prevención de consumo de alcohol en la Iberoamericana diseñado con los estudiantes”.
4. Se pedirá a los estudiantes que se reúnan en grupo (máximo 5).
5. Instrucciones:
  - A cada grupo de estudiantes se debe entregar el formato “Lluvia de ideas conclusiones del grupo de Lluvia de ideas y deberán diligenciar los 4 puntos.
  - Cada grupo debe colocar en una hoja blanca tamaño oficio las conclusiones de cada punto (objetivos, pasos estructura, actividades, nombre).
  - Para la plenaria se colocaran en la pared o el tablero las hojas tamaño oficio organizadas por cada punto.
  - Se realizará la plenaria en la que se analizarán las conclusiones de los diferentes grupos en cada uno de los 4 puntos. Se llegará a un acuerdo en el grupo total sobre cada uno de los puntos y se diligenciará el formato de conclusiones del grupo total.
  - Se recoge el material.

- Se debe informar que esta actividad se va a realizar con estudiantes de las diferentes carreras y luego un grupo de líderes voluntarios elaborará la propuesta definitiva analizando las conclusiones de los diferentes grupos.
  - Se les motiva para formar parte del grupo de líderes voluntarios que elaborará la propuesta definitiva.
  - Se debe entregar la hoja de asistencia y se les indica que quienes quieran formar parte del grupo de líderes lo señalen en la hoja
  - Entregar formato de evaluación de la actividad.
  - El desarrollo de la actividad debe llevar entre 30 y 45 minutos.
6. Cierre de la actividad: Dar los agradecimientos al grupo y docente encargado.

#### Materiales

- Presentación “Programa De Prevención De Consumo De Alcohol En La Iberoamericana Diseñado Con Los Estudiantes”
- Hoja tamaño oficio con el encabezado de cada una de las temáticas de la guía.
- Formato de conclusiones del grupo “Actividad lluvia de ideas”
- Formato de Evaluación.
- Formato de asistencia.

**INVESTIGACIÓN: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA IBEROAMERICANA DISEÑADO CON LOS ESTUDIANTES**

**Objetivo**

Diseñar, implementar y evaluar en la Iberoamericana, un programa, en conjunto con estudiantes, para la reducción del consumo de alcohol en grupos de jóvenes universitarios consumidores.

LLUVIA DE IDEAS. Conclusiones del grupo
<p>1. ¿Cuales considera que son los Objetivos que se deben plantear en un Programa de Prevención de Consumo de Alcohol que cuente con la participación de los estudiantes? (mencione 2).</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p>
<p>2. ¿Qué pasos o estructura considera usted que debe llevar un Programa de Prevención en Consumo de Alcohol que cuente con la participación de los estudiantes?</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>
<p>3. ¿Qué actividades sugiere para llamar la atención y participación de los estudiantes dentro del Programa de Prevención en Consumo de Alcohol?</p> <p>Proponga 4</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>_____</p>
<p>4. ¿Qué nombre le pondrían al programa?</p>

### Anexo 3

#### Consentimiento informado

El proyecto de investigación denominado Consumo de Alcohol en Universitarios: Un programa de prevención en una institución universitaria diseñado con los estudiantes que se realiza en la Institución Universitaria Iberoamericana tiene como objetivo diseñar un programa de promoción y prevención del consumo de alcohol en universitarios

Como parte del proyecto se realizan unos grupos focales con estudiantes de las diferentes carreras de la Universidad con el fin de analizar con los estudiantes los resultados encontrados en la fase de caracterización del consumo en los estudiantes de la jornada diurna de la Iberoamericana y proponer el diseño de un programa de prevención en consumo de alcohol a implementar en la institución.

La participación es totalmente voluntaria y la información que se recolecta será confidencial. Ni los directivos de las unidades académicas, ni los profesores, ni ningún miembro de la comunidad académica tendrán acceso a la información individual brindada por los participantes.

Si acepta participar en un grupo focal, por favor diligencie los siguientes datos:

Yo \_\_\_\_\_ Acepto participar en un grupo focal para efectos de la actividad investigativa sobre consumo de alcohol que se desarrolla en la Corporación universitaria Iberoamericana.

Firma:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

El equipo de investigación, liderado por Liliana Muñoz Ortega, investigadora de la Facultad de Psicología, es responsable de la conservación de los formularios.

Gracias por su colaboración.

### Consentimiento informado



El propósito de este cuestionario, AUDIT, es recolectar información sobre los trastornos debidos al consumo de alcohol en el estudiante universitario de la Universidad. La participación de los estudiantes es totalmente voluntaria y la información que se recolecta mediante esta encuesta será confidencial. Ni los directivos de las unidades académicas, ni los profesores, ni ningún miembro de la comunidad académica tendrán acceso a la información individual brindada por los participantes.

Si acepta contestar este cuestionario, por favor diligencie los siguientes datos:

Yo \_\_\_\_\_ Acepto contestar el cuestionario AUDIT para efectos de la actividad investigativa de la universidad

Firma:

---

El equipo de investigación, liderado por Liliana Muñoz Ortega, investigadora de la Facultad de Psicología, es responsable de la conservación de los formularios.

Gracias por su colaboración.



**Anexo 4**

**Formato  
Ficha de actividad  
Toma la decisión**

Actividad	
Objetivo	
Metodología	
Materiales	
Evaluación	

Anexo 5  
Logo del programa

# Toma la Decisión

Controla Tu Consumo de Alcohol



Contáctanos en: [tomaladecision@gmail.com](mailto:tomaladecision@gmail.com) ó  
en [www.quierotomarladecisionahora.bligoo.com.co](http://www.quierotomarladecisionahora.bligoo.com.co)

**Anexo 6**

**Ficha Evaluación de actividades  
Toma la decisión**

**Toma la decisión \_\_\_\_\_ Formato de evaluación**

Por favor conteste las siguientes preguntas de acuerdo con su opinión y percepción personal.

Ante las siguientes afirmaciones señale una de las opciones de acuerdo con su opinión y percepción personal.

	Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	En Desacuerdo	En total Desacuerdo
5. El programa en prevención del consumo de alcohol, "Toma la decisión" puede ser de utilidad para la comunidad universitaria.				
6. El programa puede conseguir resultados en los jóvenes.				
7. El _____ genera inquietudes hacia un control en el consumo de alcohol.				
8. Es pertinente repetir experiencias similares.				

Comentarios o sugerencias:

---



---



---

## Anexo 7

### El programa

#### Programa de prevención en consumo excesivo de alcohol

#### TOMA LA DECISIÓN

#### Objetivo general

Que el estudiante de la institución universitaria asuma una actitud crítica y responsable frente al consumo de alcohol.

Destapa tu mente	Conocer sirve	Tomar la decisión
Objetivo Generar expectativa en los estudiantes frente al programa de prevención en consumo de alcohol.	Objetivo Brindar información al estudiante sobre el alcohol, las implicaciones de un consumo excesivo y alternativas para su control.	Objetivo Motivar en el estudiante una postura crítica frente al consumo excesivo de alcohol.
Afiche para generación de expectativas sobre el programa colocado en carteleras de las carreras, en página web y enviado por correo electrónico.	Separador de libros con mensajes cortos e imágenes, referentes al consumo excesivo de alcohol y tips para su control. Fue entregado en físico y enviado por correo electrónico.	Performance en vivo representando una situación alusiva al consumo excesivo de alcohol.
Diseño del logo del programa.  Divulgación del logo en carteleras, página Web y por correo electrónico.	Sketch: Representación de teatro por parte de estudiantes que muestre alguna situación alusiva al consumo excesivo de alcohol.	Performance en muñecos representando situaciones alusivas al control en el consumo de alcohol. Se tuvieron cuatro diseños que fueron colocados en diferentes lugares de la universidad.
Diseño de Blog del programa y apertura de correo electrónico.	Aplicación del Instrumento AUDIT (pre-test)	Cartilla virtual con mensajes y tips en torno al consumo excesivo de alcohol y alternativas para su control.
Divulgación de las actividades a realizar en el programa mediante un volante distribuido en físico, en carteleras de las carreras, por correo y en Página Web.	Aplicación del Instrumento AUDIT (post-test).	Mural con textos de expertos sobre los riesgos y consecuencias del consumo excesivo de alcohol.
Distribución de manillas con el logo y un mensaje del programa.		