



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ESTUDIANTES DEL DISTRITO FEDERAL
Y SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA
Y LA PERCEPCIÓN DE RIESGO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Jessica Claudia Valdez González

Director de tesis: Lic. Jorge Ameth Villatoro Velásquez

México, D.F.

2005

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DEL DISTRITO FEDERAL Y SU
RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA PERCEPCIÓN DE RIESGO

Índice

Página

Resumen

Introducción

Capítulo 1: El consumo de alcohol

- 1.1 El alcohol y bebidas alcohólicas
 - 1.1.1 Tipos de bebidas alcohólicas
- 1.2 Historia del consumo de alcohol en México
- 1.3 Definición de abuso y dependencia al alcohol
- 1.4 Patrones de consumo
- 1.5 Trastornos mentales provocados por el alcohol
- 1.6 El adolescente consumidor

Capítulo 2: Prevalencia del consumo de alcohol y factores asociados

- 2.1 El consumo de alcohol en México
 - 2.1.1 Población adulta nacional
 - 2.1.2 Datos de instituciones de salud
 - 2.1.3 Población adolescente nacional
 - 2.1.4 Estudiantes de otros estados del país
 - 2.1.5 Estudiantes a nivel medio y medio superior en el D.F.
- 2.2 Factores asociados al consumo de alcohol
 - 2.2.1 Autoestima
 - 2.2.2 Percepción de riesgo
 - 2.2.3 Otros factores

Capítulo 3: Metodología

- 3.1 Objetivos generales
- 3.2 Objetivos específicos
- 3.3 Hipótesis conceptual
- 3.4 Variables
 - 3.4.1 Definición conceptual de variables
 - 3.4.2 Definición operacional de variables

3.5 Población y muestra

3.6 Instrumento

3.7 Procedimiento

3.8 Análisis de datos

Capítulo 4: Resultados

Capítulo 5: Discusión y conclusiones

Referencias

Anexos

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo, agradezco el apoyo brindado por el
CONACYT,
a través del Proyecto Número
42092-H.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría,
División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales,
a través del Proyecto Número 4316N.

Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velásquez:

Quiero agradecerte por todas las oportunidades que me has brindado, por aceptar dirigir mi tesis, por las puertas que me abriste en el Instituto, por permitirme trabajar en la Encuesta de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, por regalarme una nueva visión de mi futuro profesional, por permitirme conocer de cerca el mundo de la investigación, por compartir tu experiencia y conocimientos.

Te agradezco todo lo que he aprendido en el camino, tanto profesionalmente, como en mi proceso de madurez personal, además de tu paciencia y tus valiosos comentarios y correcciones al presente trabajo.

Gracias por confiar en mi e impulsarme a llegar al término de este proyecto de tesis y ahora poder pensar con mucha fuerza en mi proyecto de vida.

Y puedo decir que al concluir de esta, mi tesis, se han generado cambios en mi y tengo una perspectiva diferente de la vida.

Mil gracias

Agradezco a la Mtra. Leticia Echeverría por sus valiosos comentarios, sus observaciones, apoyo y tiempo dedicado a la revisión de este proyecto.

A la Dra. Suraya Monroy, al Mtro. Alberto Córdova y a la Lic. Miriam Camacho, por todos sus comentarios y dedicación.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, a sus profesores, administrativos, alumnos y a todos los que hacemos de la Universidad la máxima casa de estudios.

Gracias por permitirme ser una universitaria y tener acceso a innumerables campos del conocimiento, desarrollando la capacidad de aprender y la sensibilidad ante la realidad, lo cual me lleva a sentir un compromiso de ejercer mi profesión de manera ética y comprometida.

Gracias a Dios, por ser y entregarme la luz que me ha guiado en toda mi vida. Gracias por la vida y por todas las oportunidades que me regalas día con día. Gracias por los sueños y la esperanza. Gracias por todo.

A mi mamá, quiero agradecer todo lo que has hecho por mi, todo lo que me has dado y todos tus esfuerzos. Gracias por ser una mujer fuerte, que siempre está luchando. Gracias por darme la vida. Gracias por apoyarme siempre. Gracias por tu vida y tus años de lucha. Hoy quiero compartir este logro contigo y deseo que sepas que mi gratitud es infinita. Agradezco todo lo que me has dado. Y si ahora presento esta tesis de licenciatura, es gracias a tu apoyo.

Te quiero mucho

A Luis

RESUMEN

El consumo de alcohol no es homogéneo en la población mexicana, ya que dependiendo de aspectos como la edad o el sexo del sujeto, varía la frecuencia y la cantidad de alcohol que se consume. En los adolescentes, es bajo el índice de dependencia, pero sí se ven involucrados en problemas por el abuso de alcohol, como riñas o accidentes automovilísticos. En diversos estudios se han explorado los factores protectores y de riesgo hacia el consumo de alcohol, encontrándose aspectos relacionados en el individuo, en su familia y en su comunidad. El **objetivo** de este estudio fue comprobar la influencia de la autoestima y la percepción de riesgo, en el consumo de alcohol en los adolescentes, estudiantes del Distrito Federal. **Método:** La población objetivo fueron los estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, encuestándose en total a 348 grupos escolares. El total de la muestra se compuso de 10,659 sujetos, de los cuales 50.5% fueron hombres y 49.5% mujeres. La edad de los sujetos fue entre los 12 y 19 años, y la mayoría de ellos tienen 14 años o menos (55%). De esta población, el 59.1% pertenece a nivel secundaria, los que asisten a bachillerato son el 29.5% y a escuelas técnicas sólo asiste el 11.4% de la muestra. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario validado y estandarizado previamente para esta población. Dentro de las áreas que conforma el cuestionario, se utilizaron las secciones de datos sociodemográficos, la sección de consumo de alcohol, la escala de Autoestima de Rosenberg (1964) y la escala de percepción de riesgo. **Resultados:** se encontró que el consumo de alcohol se presenta de forma similar en hombres (65.6%) y mujeres (66.1%). En cuanto al abuso, los hombres presentan más abuso (25.6%) que las mujeres (22%). Se observó que el consumo de esta sustancia es alto en toda la población y que hay una clara tendencia de aumento. En los estudiantes de bachillerato hay un mayor consumo que en los de secundaria. En cuanto a la autoestima y su relación con el consumo de alcohol, se encontró que la autoestima es mayor en los hombres que en las mujeres. Además de este hallazgo, se puede observar que no hay una relación clara entre el abusar, usar o no alcohol y los niveles de autoestima, ya que la autoestima mantiene valores similares. En cuanto a la percepción de riesgo, los estudiantes que no han tomado alcohol, mantienen una percepción de riesgo mayor; después les siguen aquellos que toman alcohol, pero sin llegar al abuso. Finalmente, el grupo que tiene menor percepción de riesgo, es el de los adolescentes que acostumbran tomar más de 5 copas por ocasión, o sea que abusan del alcohol. Además de estas diferencias, también se encontraron cambios en la percepción de riesgo, a partir del sexo. Es decir, las mujeres piensan que puede ser muy peligroso beber alcohol frecuentemente, en mayor medida que el grupo de los hombres. **Conclusiones:** La información obtenida en esta investigación, sugiere instrumentar acciones preventivas, encaminadas a reforzar y mejorar la percepción de riesgo que se tiene respecto a ingerir bebidas alcohólicas. Además, se sugiere hacer intervenciones con un enfoque de género, ya que se observó que las mujeres aunque manifiestan una mayor percepción de riesgo, están consumiendo alcohol al igual que los hombres, además, actualmente la autoestima de las mujeres se encontró más baja en comparación con los hombres y esto nos habla de una necesidad específica de atención hacia las mujeres.

INTRODUCCIÓN

Con base en investigaciones recientes, se detecta que el problema del consumo de alcohol en la población mexicana va en aumento. Las tendencias indican que la edad de inicio del consumo es cada vez más temprana (Villatoro et al., 2001). Esto refleja que la edad en la que un sujeto tiene su primer contacto con el alcohol, coincide con el inicio de la adolescencia, edad conflictiva por sí misma.

El adolescente busca en el alcohol un medio de evitación, de escape, de refugio o de aceptación social principalmente ante sus amigos y grupo de pares. En esta etapa crítica, el individuo se encuentra en la búsqueda de su propia identidad y tiende a rebelarse ante las figuras de autoridad. Todo esto lo lleva a realizar conductas sin evaluar las consecuencias que se pueden presentar en él mismo y en su entorno inmediato.

Un ejemplo de estas conductas es el consumo de alcohol. Se entiende como sólo un ejemplo, porque el área de experimentación, a veces sin medir los riesgos que se corren, abarca un gran espectro de conductas, como drogarse, involucrarse en conductas sexuales sin protección, desafiar a las figuras de autoridad, etc.

Ahora bien, es importante recalcar que el consumo de alcohol no es homogéneo en toda la población mexicana, ya que existen diferencias dependiendo de varios aspectos como la edad o el sexo del consumidor. Es así que el consumo de alcohol tiene características particulares en la población de estudiantes del Distrito Federal. Las principales características de este consumo nos indican que es bajo el índice de dependencia al alcohol en los adolescentes, debido a que en esta edad, se encuentran en los inicios del consumo. Pero frecuentemente tienen problemas relacionados con su forma de beber; por ejemplo, los accidentes, el uso combinado de alcohol y drogas, el abandono de los estudios (Castro y Maya, 1987). Estos y otros problemas se derivan de los patrones de beber que se acostumbran entre los adolescentes, que consisten principalmente en ingerir altas cantidades de alcohol, en eventos espaciados. Este patrón expone a los adolescentes a tener un mayor riesgo de accidentes automovilísticos, traumatismos, arrestos, etc. (Berenzon, Carreño, Medina-Mora, Juárez y Villatoro, 1996).

Es importante detenerse a estudiar el fenómeno del consumo en los adolescentes, ya que conociendo las modificaciones en las tendencias, se podrá tener una visión real y

actualizada de la proporción del problema. Revisando las investigaciones realizadas en el área, es claro el aumento en el consumo de alcohol. En el año 1997, el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 54% de los estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal. Ya en el 2000, el consumo se incrementó al 61.4% de los adolescentes, dato que es muy elevado considerando que la venta de bebidas alcohólicas está prohibida a menores de edad (Villatoro et al., 2001).

Además, es importante destacar que se detectan diferencias de consumo entre géneros. El sexo masculino es el que presenta mayores índices de consumo de alcohol; sin embargo, en los últimos años las mujeres han ido aumentando gradualmente su consumo (Martínez, 2002; Villatoro et al., 2001). Este incremento indica lo dinámico del problema de consumo de alcohol, por lo que es necesario realizar evaluaciones continuamente, ya que dicho fenómeno se encuentra en constante cambio y evolución. Con respecto a las mujeres, se puede decir que se han vuelto más vulnerables ante la ingesta de alcohol, lo que refleja carencias en la prevención. Además, se puede inferir que ahora los factores de riesgo también están afectando la capacidad de abstinencia o moderación en el sexo femenino, específicamente en las adolescentes.

Ante el incremento en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, se considera importante realizar aportaciones para poder combatir el problema, ya sea por medio de la prevención o el tratamiento y la rehabilitación. Sea cualquiera de estas la estrategia utilizada, es necesario tener una visión clara de los factores sobre los que hay que incidir.

Natera y Nava (1993) reportan que el problema del consumo de alcohol es multicausal; en donde los factores medioambientales, la familia y el propio individuo contribuyen a su aparición. De tal modo que los factores de riesgo pueden presentarse en la escuela, los amigos, el entorno familiar o en la misma personalidad del sujeto. Lo mismo ocurre con los factores de protección, que estando presentes, van a disminuir la probabilidad de que se dé el consumo o el abuso de bebidas alcohólicas.

Cabe mencionar que los estudios acerca de las adicciones han detectado diversos factores asociados al consumo de alcohol en los adolescentes. Entre estos factores se mencionan los individuales (autoestima, la conducta desviada, relaciones sociales inadecuadas); los familiares (violencia familiar, inseguridad de los padres, prácticas ineficaces de la paternidad); la relación con el grupo de amigos (la influencia de la

interacción social, la pertenencia al grupo y la presión de los amigos) y los relacionados con la comunidad (fácil acceso a bebidas alcohólicas, aceptación social hacia el consumo, presión social, angustia y estrés). También se ha reportado que la percepción de riesgo afecta el consumo de alcohol, de manera que un mayor riesgo percibido incide en un menor consumo de bebidas alcohólicas (Villa, Villatoro, Cerero, Medina-Mora y Fleiz; 2001).

Otro factor significativo es la autoestima, que constituye un aspecto importante de la personalidad, ya que representa la evaluación que el individuo tiene de sí mismo y de su medio ambiente. Diversos estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor que influye sobre aspectos importantes de la vida tales como: la adaptación a situaciones nuevas, niveles de ansiedad, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, etc. (Espinosa, 2000).

Alcántara, Reyes y Cruz (1999) postulan que uno de los atributos deseables para la constitución de tareas individuales y sociales es una adecuada valoración de sí mismo. Algunos de los conflictos de las personas se relacionan con la baja autoestima y en contraparte, una autovaloración adecuada permite al sujeto conducirse de una manera gratificante con él mismo y con otros.

Aunado a los bajos niveles de autoestima, en la adolescencia se presenta una baja percepción de riesgo, lo que se refleja en las conductas y actitudes. El adolescente se percibe como inmune y realiza actos que ponen en riesgo su salud o su vida. Esta baja percepción de riesgo es influida por el ambiente, en especial por el grupo de amigos. Así, el adolescente presenta una tendencia a realizar actos peligrosos (beber, drogarse, delinquir) buscando aprobación de su grupo y sin importar los riesgos. Medina-Mora, Villatoro, Cravioto y Fleiz (2002) reportan que el consumo de alcohol se conoce como menos riesgoso que el consumir drogas entre los adolescentes del país; siendo los adolescentes que continúan estudiando y las mujeres quienes perciben más riesgo asociado al consumo de cualquier droga.

A partir de estos resultados, surge la inquietud de explorar de manera más detallada la influencia específica de la autoestima y la percepción de riesgo en el consumo de alcohol en los adolescentes.

Con este trabajo de investigación, en primer lugar se pretende conocer los datos epidemiológicos acerca del consumo de alcohol en los estudiantes del Distrito Federal, en el año 2003.

En segundo lugar, se busca comprobar la influencia de la autoestima y la percepción de riesgo, en el consumo de alcohol en los adolescentes.

CAPÍTULO 1: EL CONSUMO DE ALCOHOL

1.1 El alcohol y bebidas alcohólicas

El alcohol se ha consumido por el humano desde épocas ancestrales, pero es preciso definir qué es y qué implicaciones o efectos provoca en el organismo de la persona que lo consume. En este primer apartado se conocerá la acción del alcohol en el organismo una vez que se ingiere.

Antes es necesario aclarar que los efectos del alcohol en el organismo dependen de una serie de factores individuales y del medio ambiente, así como de qué y cuánto se beba. La absorción del alcohol, o etanol, ocurre cuando, al entrar la bebida al organismo por la boca y pasar al esófago, llega al estómago donde es diluido por los jugos gástricos. La velocidad con la que el alcohol pasa del estómago al intestino para mezclarse con la corriente sanguínea y producir sus efectos, está determinada por el tipo de bebida y la cantidad de alcohol que ésta contenga (a mayor concentración de alcohol, más rápida absorción). También va a influir la rapidez con la que se beba (a mayor rapidez, más rápido se absorbe). Igualmente es importante la presencia de alimentos en el estómago (la presencia de alimentos retrasa la absorción del alcohol). De la misma forma, se ha encontrado que el peso corporal y el sexo influyen, ya que las mujeres y las personas delgadas absorben el alcohol más rápidamente. Además, el estado anímico, emocional y de salud en general van a influir, ya que el cansancio, la depresión y la mala salud potencian la rapidez de la absorción. (CECA Q, 2002b).

Comúnmente, se suele considerar al alcohol como un estimulante, como una bebida que despierta y activa a la persona, pero en realidad el alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). El alcohol llega al SNC a través de la sangre y los efectos comienzan a manifestarse casi de inmediato, tanto los subjetivos (la forma en que el bebedor siente que cambia su estado de ánimo y su percepción de las cosas), como los objetivos (la conducta que exhibe). Cabe mencionar que en pequeñas cantidades las bebidas con alcohol parece que estimulan, porque inhiben funciones cerebrales que se relacionan con el aprendizaje, el juicio y el control. Provoca desorganización e interrupción en el pensamiento y en la actividad motriz. Esa desinhibición inicial y la euforia que puede presentarse con pocas cantidades, han hecho creer equivocadamente que las bebidas son estimulantes (CECA Q, 2002b).

Cuanto más alcohol se beba en poco tiempo, mayor será su concentración en la

sangre; por lo tanto, el cerebro recibe más alcohol y se experimentan diversos cambios que pueden conducir a la embriaguez o intoxicación. La cantidad de alcohol que transporta la sangre se conoce como nivel o concentración de alcohol en la sangre (CAS), que se mide como cantidad de miligramos de etanol contenida en mililitros de sangre; esto puede hacerse con muestras de aliento, de sangre o de orina. Existe una estrecha relación entre la CAS y los cambios en las funciones del SNC, y por lo tanto, en la conducta (CECA Q, 2002b).

El etanol altera fundamentalmente el sistema nervioso central (SNC) al modificar la “fluidez” biometabólica de las membranas neuronales. Lo más significativo es que las membranas modifican su permeabilidad en el sentido de alterar la “fluidez” y transformarse en más “rígidas”, adquiriendo por lo tanto una nueva permeabilidad. Esta nueva situación que significa un cambio en la composición lipídica de la membrana altera la actividad bioquímica neuronal y, en consecuencia, la actividad de la sinapsis. Las membranas neuronales sometidas de forma continua al consumo de alcohol no sólo son menos permeables, sino que modifican su funcionalidad, incluso después de dejar este hábito no recuperan su estado anterior (Martínez, 2002).

Es importante enfatizar que el consumo de alcohol acarrea consecuencias adversas, en un amplio rango de áreas del individuo. Estas consecuencias van desde físicas, familiares y sociales. Hasta llegar al punto de poder afirmar que virtualmente ninguna parte del organismo está libre de los efectos del consumo excesivo de alcohol. Solo por mencionar algunos de los efectos, está el daño al hígado, concretamente el hígado graso, hepatitis alcohólica y cirrosis. Ubicándonos en el tubo digestivo, se puede dar lugar a esofagitis y exacerbación de úlceras pépticas ya existentes. Además, el riesgo de cáncer esofágico aumenta, así como la frecuencia de gastritis atrófica crónica. Se ha encontrado que el consumo excesivo de alcohol es causa importante de pancreatitis crónica y causa común de pancreatitis aguda.

El consumo excesivo de alcohol se acompaña de deficiencias en la nutrición, pudiendo presentarse también anemia, neuropatía y depresión de las funciones celulares y hormonales. El alcohol tiene efecto metabólico profundo sobre el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas. El consumo crónico de alcohol puede afectar el músculo cardíaco, ocasionar además arritmias cardíacas y se asocia a hipertensión.

El alcohol afecta el sistema inmunitario y endocrino; puede producir complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica (Kershenovich y Vargas, 1994).

Otro efecto identificado por el abuso en el consumo es el aumento de la presión sanguínea. El efecto del aumento en la presión sanguínea es el incremento de riesgos por hemorragias cerebrales y subaracnoideas, los llamados “accidentes cerebro vasculares”.

Las mujeres sufren el riesgo específico de cáncer de mama, son también más susceptibles al desarrollo de cirrosis hepática y tienen un mayor riesgo de enfermedad vascular (Peña –Corona, Feria y Medina, 2000).

Es importante mencionar que el alcohol es considerado como una droga legal, o sea que es permitida por las leyes (pero desde los 18 años), por lo que su uso no amerita un castigo. Su consumo es aceptado en lugares públicos, como bares, discotecas, restaurantes, reuniones sociales, por lo cual se ha llegado a asociar con la falsa idea de que “si su uso está permitido y es socialmente aceptado, entonces no hace daño”. El consumo de esta droga es promovido en los medios de comunicación asociándolo con valores deseables como el poder, el dinero, la juventud, la elegancia, etc. (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

1.1.1 Tipos de bebidas alcohólicas

Como ya se mencionó anteriormente, un factor que va a determinar los efectos en el SNC y en la conducta, es el tipo de bebida alcohólica que se ingiera, ya que difieren en la concentración de alcohol que contienen. Así que a continuación se mencionan los principales tipos de bebidas alcohólicas y sus componentes básicos.

En primer lugar están las bebidas fermentadas, que se obtienen al exponer frutos, cereales, raíces, savia y otros productos naturales a ciertas condiciones de humedad, temperatura y tiempo; lo que se llama fermentación. Las bebidas así obtenidas son relativamente bajas en contenido de alcohol. En México las bebidas fermentadas más consumidas son la cerveza, el vino y el pulque.

De ahí pasamos a las bebidas destiladas, en donde, mediante el calor se separa al alcohol de otros componentes menos volátiles, eliminando el agua y obteniendo así un producto más concentrado; así que los destilados contienen porcentajes de alcohol más elevados que los fermentados. Las bebidas destiladas más comunes producidas y consumidas en México son el brandy, el ron, el tequila y el mezcal; les siguen en

importancia los aguardientes, el whisky y el vodka.

Otro tipo de bebidas son los licores que se producen a partir de bebidas con alcohol destiladas, a las que posteriormente se añaden aroma o sabor con diversos ingredientes y aditivos, resultando por ejemplo, licores de café, de naranja, de cereza, de almendra o de anís.

También han proliferado en México los cocteles, que son bebidas cuya base es un destilado o un fermentado y que se mezcla con jugos, refrescos o agua mineral (por ejemplo la michelada, la cuba libre, la piña colada, las margaritas, etc.). Hay cocteles ya envasados que se conocen como coolers y tienen como base un fermentado natural de manzana, durazno, uva u otras frutas, mezclado con agua y bióxido de carbono o agua carbonatada (CECA Q, 2002a).

1.2 Historia del consumo de alcohol en México

La elaboración y el consumo de bebidas alcohólicas han estado presentes desde épocas remotas en distintas regiones del mundo, donde se han encontrado evidencias de su consumo, por lo que es de suponerse que los seres humanos beben alcohol desde hace por lo menos 5000 años. Los insumos y las condiciones básicas para elaborar bebidas fermentadas ya existían desde entonces: almidones (azúcar de frutas silvestres), agua, bacterias y la temperatura adecuada. Probablemente las primeras bebidas fermentadas se produjeron de forma accidental, quizás con unas frutas abandonadas en el interior de una cueva, que se fermentaron y de las que el hombre primitivo probó el líquido resultante y apreció sus efectos relajantes, placenteros y también intoxicantes.

Las poblaciones nómadas, que con el tiempo se establecieron en asentamientos, dieron lugar a la agricultura. De este modo se presentaron las condiciones para que se pudiera iniciar el cultivo de la vid, la cebada y el maguey, y la elaboración regular de productos fermentados. Los estudios antropológicos sugieren que los pueblos de Mesopotamia fueron los primeros en elaborar bebidas con alcohol de modo sistemático. En Egipto comenzaron a elaborarse a partir del año 3000 a. C. y los médicos egipcios las recetaban desde entonces como medicamento; en China, la producción de bebidas con alcohol se inició mil años después (CECA Q, 2002c).

En lo que concierne al consumo de alcohol en territorio mexicano, este tuvo sus inicios

en la época prehispánica, donde existían reglas muy claras acerca de quién podía beber, en qué cantidad y en qué ocasiones. La bebida más popular era el pulque u *octli* (bebida fermentada obtenida del maguey), cuyo uso era comunal y estaba asociado con la agricultura, la religión y los ciclos vitales como nacimientos, matrimonios y muerte. La ebriedad que se producía durante los actos religiosos era aceptada socialmente (Escotto, 1999; Medina-Mora, 1998).

Los sacerdotes, celosos de su tarea mediadora con lo divino, prohibieron a los plebeyos el uso de la sustancia sagrada fuera de ciertas ceremonias. La prohibición era clara pero no universal. Había matices y diferencias: los castigos más severos estaban dirigidos a la élite gobernante y los estratos populares recibían penas menores. Los ancianos mayores de 50 años podían beber *octli* a placer para, según creían, calentar la sangre y poder dormir. Pero incluso en estos casos no se bebían más de cuatro cazuelas por ocasión. Si los jóvenes bebían más de lo permitido o en situaciones prohibidas, cometían una ofensa grave y se les lapidaba o apaleaba hasta la muerte en casos extremos. Cuando incurrían en el exceso por primera vez eran rapados en la plaza pública y en caso de reincidir se les derribaba su casa, dándoles a entender que quienes se conducían así no eran dignos de tener casa en el pueblo, ni contarse entre los vecinos. También se les prohibía ejercer todo oficio honroso en la comunidad. Pero también se utilizaba esta bebida con fines terapéuticos, como en las mujeres recién paridas, para aminorar sus dolores y aumentar su producción de leche.

Se consideraba, por otro lado, que quienes nacían bajo el signo del conejo estaban inevitablemente inclinados a su consumo. El conejo se consideraba el símbolo de los dioses del pulque y de entre los dioses destacaba la diosa Mayahuel relacionada con el descubrimiento del pulque. El Códice Mendoza menciona que a partir de los 60 años de edad se podía beber sin ninguna restricción y que en ciertas ocasiones se permitía la embriaguez a hombres y mujeres, jóvenes y adultos. No obstante, la violación de las normas se castigaba con el aislamiento social, medida que resultaba muy efectiva. No bastaba con dar un significado religioso a la bebida, era necesario controlar el comportamiento de los individuos y esto se logró con normas claras y severas sanciones para el infractor. Con esas medidas la sociedad mexicana pudo tener control sobre el consumo de pulque durante un periodo prolongado, hasta la conquista (CECA Q, 2002c; Medina-Mora, 1998).

Posterior a la época prehispánica, en el periodo colonial, el consumo de alcohol se modificó en toda la población. Estas modificaciones fueron en dirección al abuso, hasta llegar al punto de volverse un gran problema para la Nueva España.

Estos cambios tienen varios orígenes. Entre ellos se comenta el uso indiscriminado de alcohol; ya que entre los aztecas el uso estaba restringido. Además, se trajeron de España las bebidas destiladas, que contienen una mayor concentración de alcohol. El índice de embriaguez aumentó considerablemente, y este fenómeno se asocia al aumento del número de macehuales¹ que se sumaron al consumo; a la comercialización del pulque y, además; a que la antigua embriaguez exclusiva de los ritos aztecas se ajustó a las numerosas festividades de la iglesia católica. A la par de la conquista, las autoridades indígenas ya no ejercían ningún control para evitar el abuso y este vacío no fue llenado por los españoles.

A pesar de que la cultura católica prescribía restricciones para el consumo del alcohol, tanto en las celebraciones rituales, como en la vida cotidiana; estas no resultaron efectivas en la práctica.

Es así que, las etnias, libres de las antiguas restricciones, aumentaron su consumo; con consecuencias serias en ciertas comunidades que persisten hasta el día de hoy.

Por todos estos factores que coincidieron en el tiempo, se incrementa la ingesta de alcohol y comienzan a surgir los problemas sociales derivados de esta ingesta. Prueba de ello son los escritos de Fray Bernardino de Sahagún, en donde relata como los indígenas conseguían vino y las consecuencias que se reflejaban en la conducta. Relata que según las autoridades, el vino era el responsable de parte de los desordenes sociales. Explica las sanciones que se llegaron a aplicar y cómo podían aumentar en función de la edad y posición social. Por ejemplo, describe los castigos aplicados a los indígenas bebedores: “los mancebos que se criaban en el telpochcali tenían cargo de barrer y limpiar la casa; y nadie bebía vino, más solamente los que eran ya viejos bebían el vino muy secretamente y bebían poco, no se emborrachaban; y si aparecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o lo veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado con los otros borrachos, si era macehual castigábanle dándole de palos hasta matarlo o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse; y si era noble el que se emborrachaba dábanle garrote secretamente” (Zurita, 1997).

Respecto al consumo de otras bebidas alcohólicas, se ha documentado que a pesar de que en la época prehispánica no se conoció el cultivo de la vid, existían cepas silvestres que fueron injertadas con cepas traídas desde España iniciando así la producción y consumo de vino. Por otro lado, se sabe que la tribu de los tiquilos (de

¹ Hombre dedicado a los quehaceres más bajos, sirviente, peón de campo.

Amatitlán, Jalisco) aprendió a cocer el cogollo o corazón del maguey y a fermentar y destilar su jugo, considerándose esta bebida como antecedente del tequila. Su consumo inicialmente reservado a sacerdotes y a los ancianos, después tendría un uso medicinal. Respecto a la cerveza, se sabe que los indígenas obtenían una bebida de la fermentación del maíz y el pinole, pero su comercialización se desarrolló a partir de 1544, año en que se establece la primera cervecería. De hecho, en esa época se elaboraron alrededor de 80 diferentes bebidas con alcohol, producidas con diferentes materias primas, algunas provenientes de Europa. Los españoles intentaron, sin éxito, inculcar la cultura de beber vino; entonces, tomaron bajo su control la producción y distribución del pulque. Ya avanzada la colonia, el pulque era un producto barato, completamente libre de prohibiciones y proporcionaba importantes beneficios económicos a los españoles (CECA Q, 2002c; Escotto, 1999).

Durante el siglo XVII muchos españoles, sobre todo en la Ciudad de México, dedicaban su tiempo a la vagancia y a beber en las múltiples tabernas y puestos de bebidas embriagantes, lo cual era imitado frecuentemente por las personas de toda condición y origen. Hubo intentos dispersos e inconexos de control; por un lado, a los evangelizadores les preocupaba el abuso; por el otro, los conquistadores vendían y se enriquecían. El constante aumento en el consumo de bebidas alcohólicas explica por qué, a pesar de las ganancias económicas que los españoles lograban con la comercialización del pulque y del aguardiente de caña, durante el Virreinato en Mesoamérica se volvieron a castigar los excesos, y las personas a quienes se sorprendía bebiendo públicamente, o ya intoxicados, eran encarcelados y azotados. En 1751 las disposiciones de los antiguos mexicanos impuestas para combatir el alcoholismo, con excepción de la pena de muerte, volvieron a tener vigencia casi igual durante el Virreinato. Esto se debió a que los indios, tanto hombres como mujeres, se habían dedicado a la embriaguez, exponiéndose públicamente. Se ordenaba que todo ebrio; fuera aprehendido y puesto en la cárcel, si reincidía se le daban cincuenta azotes en el palo de la plaza y se les cortaba el cabello. Sí a pesar de estos castigos volvían a beber se les mataba.

En resumen, la colonia provocó un importante incremento en el consumo; desaparecieron las restricciones rituales y religiosas y poco a poco beber alcohol comenzó a cobrar mayor importancia en la vida cotidiana de los nativos. Para muchos, abusar del alcohol se convirtió en una forma de evasión de la realidad avergonzante de su sometimiento al conquistador.

Los cambios que ocurrieron durante la época colonial en el patrón de consumo de bebidas y que generaron su uso indiscriminado, se explican con las siguientes razones;

permissividad social, anulaci3n de las restricciones socioculturales existentes, comercializaci3n del pulque, introducci3n y venta de bebidas destiladas y adem1s, porque las bebidas con alcohol se volvieron un arma adicional de la dominaci3n (CECA Q, 2002c).

En el periodo de la Independencia, se inici3 una gran proliferaci3n de la fabricaci3n del pulque. A tal grado lleg3 esta industria a ser tan importante, que muchas de las familias que formaron parte de la gran aristocracia mexicana, debían sus fortunas a la fabricaci3n de esta bebida, o al cultivo del maguey en sus extensas haciendas.

Durante la 3poca del Porfiriato, adem1s de las grandes haciendas pulqueras, florecieron sembradíos de vid, hubo mucho auge en la fabricaci3n de tequila y en igual forma la industria cervecera comenz3 a tener importancia (Argüelles, 1991).

Actualmente, el consumo de alcohol entre los diferentes grupos indígenas es muy variado. Entre los chamulas, por un lado, est1 integrado en todos los aspectos de la vida; en otro extremo est1n los tarahumaras, quienes lo restringen a ocasiones especiales (Escotto, 1999; Medina-Mora, 1998).

En este apartado se dio a conocer una visi3n general de los orígenes del consumo de alcohol en la 3poca prehisp1nica y en la Colonia. Estos son los antecedentes remotos del consumo de alcohol y a partir del siguiente apartado se analizar1 el problema del consumo en la actualidad. Para empezar, hay que tomar en cuenta que el contexto hist3rico es diferente y en el presente se detectan distintos h1bitos y patrones de consumo. Por todo esto, es necesario establecer criterios definidos acerca de lo que se entiende por abuso y dependencia al alcohol.

1.3 Definición de abuso y dependencia al alcohol

Los manuales de diagnóstico internacionales de clasificación (DSM-IV y CIE-10) distinguen entre “abuso” y “dependencia” del alcohol. Por un lado existen individuos que consumen alcohol reiteradamente de forma excesiva, pero que nunca llegan a mostrar el síndrome de abstinencia (cuadro sintomático que aparece en un sujeto consumidor de alcohol debido a la disminución de los niveles en sangre de la sustancia); por otro lado, hay individuos que, abusando igualmente del alcohol, muestran síntomas de abstinencia cuando dejan de beber. Estas diferencias definen el abuso y la dependencia.

Aunque estos dos patrones de consumo parecen evidentes, y pueden ser observados independientemente en la población humana, hoy por hoy no se tienen suficientes datos para defender su existencia como categorías nosológicas separadas. Uno de los problemas es la temporalidad, es decir, no sabemos si un individuo que abusa del alcohol necesariamente se convertirá en un individuo dependiente o si el abuso no lleva inevitablemente a la dependencia. Lo que sí es evidente es que para desarrollar dependencia del alcohol es necesario abusar de él. Además, ambos síndromes presentan características comunes (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Como se puede observar en el cuadro 1, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), sólo menciona como requisito para el abuso de alcohol, la aparición de daño psicológico o físico, sin especificar el tipo de daño. Mientras tanto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV) desglosa los síntomas que se esperan ante el abuso de alcohol. Estos síntomas se refieren a: 1) La disminución del rendimiento en las actividades de la persona. Este punto lo podemos interpretar como una pérdida o disminución de la vida productiva, en momentos en los que se espera que la persona cumpla con sus obligaciones. 2) También se sabe que ciertas conductas son inadecuadas y hasta peligrosas en algunas circunstancias, por lo que el segundo criterio se refiere al consumo en momentos inadecuados como por ejemplo, al manejar un coche o accionando una maquinaria. 3) Otro criterio es la presencia de problemas legales, como arrestos por comportamiento escandaloso, asaltos, conducir bajo los efectos del alcohol, etc. 4) Finalmente se menciona la presencia de dificultades con el entorno social, debido a la manera de beber. Todos estos criterios del DSM IV nos hablan acerca de las consecuencias dañinas que se presentan cuando se abusa del alcohol. Estas consecuencias afectan tanto al entorno como al individuo.

Cuadro 1
Criterios diagnósticos para el ABUSO de alcohol

CIE-10	DSM-IV
Un patrón de bebida que ha causado realmente daño psicológico o físico (OMS, 1992).	<p>Patrón desadaptativo de uso de alcohol que conduce a un deterioro significativo y que se manifiesta por algunos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo recurrente de alcohol que produce incapacidad para cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela o casa. 2. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las cuales existe peligro. 3. Problemas legales repetidos relacionados con el consumo recurrente de alcohol. 4. Consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (APA, 1995).

Por otro lado, en el cuadro 2 se muestran los criterios para la dependencia al alcohol. En este caso, se observa una equivalencia de fondo en los criterios. Ambas clasificaciones mencionan la presencia de tolerancia, abstinencia, deterioro del control, negligencia en las actividades, aumento del tiempo centrado en la bebida, beber a pesar de las consecuencias perjudiciales, compulsión por la bebida, uso en situaciones peligrosas (por ejemplo, antes de accionar maquinaria pesada, antes de manejar) y presencia de problemas legales. Se puede detectar que estos criterios incluyen los cambios en las reacciones fisiológicas hacia el alcohol, el patrón de consumo y las consecuencias adversas. Así pues, la dependencia al alcohol provoca reacciones fisiológicas y cambios en la conducta (que va a estar enfocada en conseguir y consumir alcohol) que generan problemas en la salud física y mental del individuo, además de las consecuencias familiares y sociales negativas.

Cuadro 2
Criterios diagnósticos para la DEPENDENCIA al alcohol

CIE-10	DSM-IV
Al menos, tres de los siguientes síntomas tienen que haber estado presentes, en algún momento, durante el pasado año:	Patrón desadaptativo de uso de alcohol que conduce a un deterioro significativo y que se manifiesta por algunos de los siguientes síntomas:
<i>Tolerancia</i> 1. Aumento en las cantidades de alcohol que se requieren para conseguir los efectos originales producidos por menores cantidades de alcohol.	1. Necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de alcohol para conseguir el efecto deseado o intoxicación; clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol o funcionamiento a dosis o niveles sanguíneos de alcohol que producen un deterioro significativo en el bebedor casual.
<i>Abstinencia</i> 2. Estado de abstinencia fisiológica.	2. Síndrome de abstinencia del alcohol. 3. El alcohol, a menudo, se consume para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.
<i>Deterioro del control</i> 3. Dificultades para controlar la bebida en relación con su comienzo, finalización o niveles de uso.	4. Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar la bebida. 5. El uso de alcohol se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.
<i>Negligencia en las actividades</i> 4. Abandono progresivo de placeres o intereses a favor de la bebida, o	6. Abandono o reducción a causa de la bebida de actividades sociales, ocupacionales o recreativas.
<i>Tiempo utilizado en la bebida</i> Aumento en la cantidad de tiempo necesario para obtener el alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.	7. Una gran parte del tiempo se utiliza en actividades necesarias para obtener el alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
<i>Bebida a pesar de los problemas</i> 5. Uso persistente del alcohol a pesar del evidente daño físico o de sus consecuencias psicológicas.	8. Uso continuado de alcohol a pesar de ser consciente de tener problemas recurrentes que son estimulados por dicho uso.
<i>Compulsión</i> 6. Fuerte deseo o compulsión a beber con incapacidad para cumplir con las obligaciones.	9. Consumo recurrente de alcohol que produce incapacidad para cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
<i>Uso dañino</i>	10. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las cuales existe peligro.

Problemas legales
(OMS, 1992).

11. Problemas legales o interpersonales relacionados con el consumo recurrente del alcohol (APA, 1995).

1.4 Patrones de consumo

Abordando el punto de los patrones de consumo, la cantidad y la frecuencia de alcohol que se ingiere marcan la diferencia entre el consumo moderado, el abuso, hasta llegar a la dependencia. En investigaciones nacionales se menciona que el patrón de consumo más característico es episódico (no diario) y en cada ocasión se ingieren grandes cantidades de alcohol (Medina-Mora, 1998).

Es por eso que además de los criterios internacionales para establecer un diagnóstico preciso entre abuso y dependencia, en las investigaciones nacionales se han establecido patrones de consumo específicos. Esta delimitación establece criterios claros y libres de ambigüedades para clasificar el tipo de consumo en función al número y frecuencia de copas ingeridas.

De acuerdo a la clasificación que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones, en su estudio de 1998, se consideran 8 patrones de consumo de alcohol:

- *Abstemios*: se refiere a las personas que no consumieron alcohol en el último año, o a los que han consumido antes del último año, sin importar la cantidad por ocasión.
- *Bebedores poco frecuentes de bajo nivel*: son las personas que reportaron consumir en el último año, pero nunca 5 copas o más por ocasión.
- *Bebedores poco frecuentes de alto nivel*: son quienes han consumido en el último año, en alguna ocasión bebieron 5 copas o más, pero no en el último mes.
- *Bebedores moderados de bajo nivel*: son los que consumieron en el último mes y nunca bebieron 5 copas o más.
- *Bebedores moderados de alto nivel*: son quienes consumieron en el último mes y, en el último año o en el último mes, bebieron 5 copas o más en alguna de las ocasiones.
- *Bebedores frecuentes de bajo nivel*: consumieron en la última semana pero nunca bebieron en el último año 5 copas o más.
- *Bebedores frecuentes de alto nivel*: consumieron en la última semana y en el último año o en el último mes bebieron 5 copas o más, en alguna de las ocasiones.

- *Bebedores frecuentes consuetudinarios*: consumieron en la última semana y en una de esas ocasiones tomaron 5 copas o más (Medina-Mora et al., 2003).

En el caso específico de estudiantes, dado su rango de edad en el que aún no desarrollan una dependencia o un consumo consuetudinario, la forma regular como se ha clasificado el consumo para analizar el abuso ha sido la siguiente:

- a) No bebedor: Aquella persona que no ha consumido una sola copa de alcohol en su vida.
- b) Bebedor: Aquella persona que ha consumido por lo menos en una ocasión una copa completa de alcohol.
- c) Abuso: Aquella persona que por lo menos en una sola ocasión en el último mes ha tomado 5 ó más copas de cualquier bebida alcohólica (Villatoro et al., 2001).

1.5 Trastornos mentales provocados por el alcohol

Es importante el estudio del fenómeno del consumo y abuso de alcohol, ya que este consumo genera consecuencias adversas tanto para el individuo como para la familia y la sociedad en su conjunto. Estas consecuencias tienden a agravarse conforme el consumo aumenta. En este apartado se mencionan los trastornos mentales que produce una ingesta continua y excesiva de alcohol, para lograr tener una visión clara del tamaño del problema y sus implicaciones.

La ingestión excesiva y continua de alcohol provoca trastornos agudos o crónicos, del sistema nervioso central y en particular del cerebro.

Entre los procesos neuropsicológicos alterados ligados al consumo de alcohol podemos diferenciar dos clases en relación al curso de la disfunción cerebral. Por un lado, procesos agudos, de aparición brusca y reversible, relacionados con la intoxicación de alcohol o con situaciones de abstinencia, tales como amnesias temporales, alucinosis y delirium tremens. Por otro lado, procesos crónicos que cursan de forma lenta e insidiosa y con tendencia a la irreversibilidad, que se manifiestan en forma de trastornos cognitivos, de la personalidad y afectivos. Algunos de estos procesos crónicos son parte de síndromes orgánicos con lesiones cerebrales identificadas (Cuadro 3), más menos difusas (por ejemplo, encefalitis de Wernicke).

Cuadro 3
Trastornos mentales inducidos por el abuso y la dependencia del alcohol

Agudos	Crónicos
Intoxicación alcohólica	Alteraciones cognitivas
Síndrome de abstinencia no complicado	Demencia alcohólica
Delirium tremens	Encefalopatía de Wernicke
Alucinosis aguda	Síndrome de Korsakoff
Amnesias parciales (blackout)	Alteraciones de la personalidad
Trastornos del sueño	Disfunción sexual
Alteraciones de la personalidad	
Disfunción sexual	

(Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.6 El adolescente consumidor

Al estudiar el consumo de alcohol en los adolescentes, hay que tomar en cuenta la cantidad, la frecuencia, el peso corporal, el tiempo que bebe cada vez que lo hace, la experiencia del usuario, el patrón de consumo a lo largo del tiempo, la definición del rol del bebedor por el propio bebedor y por los demás, y la definición del acto de beber por el bebedor y por los demás.

Son muy pocos los adolescentes que realmente pueden presentar un síndrome de dependencia del alcohol. El problema del alcoholismo entre los adolescentes no es grave debido, entre otras cosas, a la edad en que se encuentran. Sin embargo, sí tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol, que resultan importantes para la salud pública; por ejemplo, los accidentes, el uso combinado de alcohol y las drogas, el abandono de los estudios y, en general, el uso tóxico que los bebedores jóvenes hacen del alcohol y que tiene implicaciones importantes para su desarrollo. Los problemas más frecuentes a los que se enfrenta el adolescente que bebe son:

- ◆ Intoxicación
- ◆ Accidentes ocurridos como consecuencia de la intoxicación
- ◆ Uso combinado del alcohol y drogas
- ◆ Las complicaciones médicas y de salud son muy poco frecuentes debido a que a esa edad es difícil que el adolescente desarrolle un síndrome de dependencia al alcohol (Castro y Maya, 1987).

En México, el alcohol está más o menos integrado a la cultura, y el inicio del consumo se presenta a edades tempranas independientemente de que esté legalmente prohibida la venta antes de los 18 años. Al enmarcar el problema con datos de diversos estudios, se ve más claramente la importancia del mismo, ya que en la actualidad 1 de cada 5 adolescentes del Distrito Federal, consumen por ocasión 5 o más copas por lo menos una vez en el último mes. Es común que los adolescentes ingieran grandes cantidades de alcohol los fines de semana en fiestas, discotecas o bares; lo que los expone a tener un mayor riesgo de accidentes automovilísticos, traumatismos, problemas con la policía, etc. (Villa et al., 2001).

CAPÍTULO 2: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS

2.1 El consumo de alcohol en México

En el presente apartado se exponen los principales resultados de las encuestas realizadas en los últimos años, para tener una perspectiva de los niveles de consumo de alcohol en la población mexicana adulta y adolescente.

2.1.1 Población adulta nacional²

Conforme la Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en el 2002, el 72.2% de los hombres y el 42.7% de las mujeres en la población urbana reportaron haber consumido alcohol en los 12 meses previos al estudio.

La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión, en tanto que para los hombres urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales de 5 a 7 copas.

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos a nivel nacional son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón. En las poblaciones rurales se observa la misma preferencia por estos patrones de consumo (SSA, 2002).

La evidencia encontrada por el Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas en el año 2002, que resulta de diversos estudios clínicos y encuestas en población general sugiere que los problemas que se presentan en nuestro país, en cuanto a uso de alcohol se refiere, se explican por las características particulares del

² Es importante que el lector tome en cuenta que las Encuestas Nacionales de Adicciones (4 en total, 1988, 1993, 1998 y 2002), se aplican en las casas de los sujetos seleccionados a través de entrevista directa. En tanto, en los estudios con estudiantes, la aplicación es en forma grupal y autoadministrada, por lo que el sujeto mantiene en todo momento su anonimato y su confidencialidad. La diferencia entre ambas metodologías ha mostrado que los índices de consumo señalados por las encuestas nacionales, son ligeramente inferiores que aquellos que se obtienen en las encuestas con estudiantes.

patrón de consumo; este se presenta en forma episódica (no diaria) con grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo (Medina-Mora et al., 2002).

La distribución del consumo de alcohol no es homogénea en la población. Una importante proporción de esta es abstinencia, sobre todo las mujeres. No obstante, el consumo en ellas ha aumentado en los últimos años, lo que lleva al decremento paulatino en las tasas de abstinencia. El alcohol disponible es consumido principalmente por hombres en edad media –el consumo alcanza su punto máximo en las edades de 30 a 39 años- y desciende después de los 50 años. En tanto, el alcoholismo afecta al 10% de la población entre 18 y 65 años que viven en zonas urbanas del país.

Mientras que las mujeres comienzan a consumir alcohol en edades posteriores. La edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y 29 años y en los varones se encuentran dos puntos importantes: entre los 12 y 15 años y al llegar a la mayoría de edad (Medina-Mora et al., 2002).

2.1.2 Datos de instituciones de salud

Otra fuente de información importante sobre el consumo de alcohol, son las instituciones de atención a la salud, ya que esta fuente proporciona datos acerca de los problemas relacionados con el alcohol, podemos saber cuál es la droga de inicio en centros de tratamiento de adicciones y además se averigua el peso de los problemas por alcohol, en el total de la atención prestada por estas instituciones. A continuación se presentan los principales resultados de las investigaciones reportadas en estos centros de atención.

Datos recabados en instituciones de tratamiento como Centros de Integración Juvenil, indican que el alcohol continúa siendo la droga de inicio, con el 33.8% del total de los asistentes a estos centros. Resultando 89% del sexo masculino y 11% del femenino. El grupo de edad que refirió con mayor frecuencia el uso de alcohol como droga de inicio fue el de quince a diecinueve años con 26.9%, seguido por el de veinte a veinticuatro con 23.3% de los sujetos. La edad de inicio del consumo de alcohol en 91% de los casos se ubicó entre los diez y diecinueve años (50%), sólo 2.8% de la población mencionó haber iniciado antes de los 10 años de edad (Castillo-Franco, Gutiérrez-López, Díaz-Negrete, Sánchez-Huesca y Guisa-Cruz, 2002).

De igual forma, los datos recabados por centros de tratamiento no gubernamentales

(ONG) coinciden con los de CIJ, ya que el alcohol es la segunda droga de inicio, con el 27.8% de los usuarios, antecedida sólo por la marihuana con el 30.2% (Tapia-Conyer, 2002).

En la Ciudad de México, información emitida en el 2001 por instituciones del sector salud y procuración de justicia en las categorías alguna vez en la vida, último año y último mes, dejan claro que el consumo de alcohol se encuentra entre los tres primeros lugares de consumo.

La información proveniente de instituciones de seguridad social, para el año 2001, muestra que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el alcohol es la sustancia reportada con mayor frecuencia (Córdova-Castañeda, Muñoz, Guarneros-Chumacero, Rosales-Avilés y Camarena-Robles, 2002).

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el segundo lugar de consumo lo ocupa el alcohol, seguido del tabaco. En ambos casos el predominio es del sexo masculino, siendo los mayores de 40 años, el grupo poblacional más afectado (Arenas-Díaz, Castillo y López-Alvarez, 2002).

Con respecto a las estadísticas de mortalidad, la mayor proporción de decesos, tanto en los Servicios Médicos Forenses como en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones, se asociaron al consumo de alcohol. Además, las muertes por cirrosis hepática asociadas con el abuso de alcohol están aumentando (Kuri-Morales et al., 2002).

2.1.3 Población adolescente nacional

En la Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en el 2002, se ofrece un perfil del consumo en adolescentes y se observó que al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre varones de edad media, se han sumado las mujeres.

Los resultados de la ENA indican que el 25.7% de adolescentes entre 12 y 17 años consumieron una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio. El consumo en la población urbana alcanza 35% de la población masculina y 25% de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor: 14.4% en total, con el 18% en los varones y 9.9% en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población, sin embargo 10.5% de los varones adolescentes urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo). Esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres adolescentes urbanas y el 0.9% de las mujeres adolescentes rurales.

En total, 2.1% adolescentes de la población rural y urbana, cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%).

En términos generales, los resultados muestran un incremento en el consumo en esta población, con mayores prevalencias entre los varones. Además, se ha reducido la edad de inicio y el uso fuerte se ubica en edades más tempranas y se copian modelos masculinos adultos (SSA, 2002).

En cuanto a las tendencias de consumo, los datos de la ENA reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente en las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002 (SSA, 2002).

2.1.4 Estudiantes de otros estados del país

En esta sección se reportarán los resultados publicados, de investigaciones que se han realizado con estudiantes adolescentes, en diversos estados de la República Mexicana.

En Nuevo León se realizó una investigación con estudiantes de educación secundaria en el 2000, y en el área de consumo de alcohol, se obtuvieron los siguientes datos. El consumo de bebidas alcohólicas afecta al 20.4% de todos los casos. En los doce meses anteriores al estudio, el consumo de alcohol se registró en el 13.2% de los casos. Finalmente, el uso de alcohol en los últimos 30 días mostró una prevalencia de 12.5%. Se encontró que el uso de sustancias registra diferencias significativas entre hombres y mujeres, con tasas más altas entre la población masculina (Díaz-Negrete, Arellanez-Hernández y Martínez-Teviño, 2002).

Por otro lado, en el año 2002, se realizó un estudio sobre consumo de drogas en

estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad del municipio de Rioverde, San Luis Potosí, en donde se encontraron los siguientes resultados en el consumo de alcohol. En el consumo alguna vez en la vida, se encontró que uno de cada tres adolescentes de secundaria lo consumen (35.8%), con porcentajes muy similares entre hombres (37.7%) y mujeres (34%). En preparatoria ocurre algo similar, aunque los porcentajes casi duplican a los de secundaria. Al analizar los datos en cuanto al abuso de alcohol, se observa en secundaria que el 12.3% de los hombres y el 6.6% de las mujeres reportan haberlo hecho. En preparatoria estos porcentajes crecen a más del doble en los hombres (32.7%), al igual que en las mujeres (15.5%). Comparando los datos con los reportes del Distrito Federal, se observa que el consumo de sustancias en este estado es ligeramente inferior. No obstante, algunas prevalencias muestran valores altos en relación con los resultados de la entidad correspondientes a 1991 (Amador, Díaz et al., 2002).

Finalmente, se recopilan los resultados de una investigación realizada en adolescentes de secundaria de Ciudad Guzmán, Jalisco. Con respecto al consumo de alcohol, 46.52% de las mujeres y 53.48% de los hombres declararon haber iniciado el consumo de alguna droga o alcohol a la edad de 12.6 años. Como sustancia inicial de consumo, el 34.18% había consumido alcohol. Y respecto al consumo actual, el 25.5% afirmó ingerir bebidas alcohólicas. Un último factor a resaltar es la tendencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez, que fue idéntica tanto en hombres como en mujeres (Amador, Villarruel, Bustos, López y Muñoz, 2002).

2.1.5 Estudiantes a nivel medio y medio superior en el Distrito Federal

Otra fuente de información son las encuestas de consumo de alcohol, tabaco y drogas que se realizan cada tres años entre estudiantes de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México. La encuesta llevada a cabo en noviembre del 2000, reporta los siguientes resultados respecto a la ingesta de alcohol (Villatoro et al., 2001).

El consumo de alcohol representó, junto al consumo de tabaco, el principal problema de salud por el uso de sustancias en el país.

En el Distrito Federal, se encontró que el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo ha consumido en el último mes.

Al analizar el consumo por género *en el último mes*, la población masculina (34%), resulta más afectada que la femenina (29.9%), aunque la diferencia porcentual es pequeña.

En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 22.6% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes. Para las escuelas de educación media superior, este porcentaje se duplica, de manera que en las escuelas técnicas el 50.1% de los adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en los bachilleratos el 43.4%.

En cuanto a la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, la mitad de los adolescentes de 17 años han bebido alcohol en el último mes, aún cuando son menores de edad.

Por otro lado, se presenta un consumo mayor de alcohol en los adolescentes donde el jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor (33.1%), con relación a los adolescentes cuyo jefe de familia tiene una escolaridad de primaria o menor (28.9%).

En tanto, las delegaciones políticas más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son; Alvaro Obregón (23.1%), Benito Juárez (25.7%), Cuauhtémoc (24.6%), Gustavo A. Madero (26.1%) e Iztapalapa (25.7%). Estas delegaciones muestran un porcentaje superior al promedio del Distrito Federal. Los resultados indican que 21.4% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión, al menos una vez al mes. Porcentaje similar al reportado en la encuesta pasada (Villatoro et al., 2001).

2.2 Factores asociados al consumo de alcohol

Por otra parte, se sabe que antes de que los adolescentes sean dependientes al alcohol, tabaco u otras drogas, han sido experimentadores. Durante mucho tiempo se ha tratado de entender porqué algunos adolescentes sí experimentan con drogas y otros no. La idea es anticiparse al consumo experimental, conociendo con qué probabilidad se va a desencadenar y bajo qué condiciones, individuales y ambientales.

En las investigaciones acerca del consumo de sustancias se han determinado un amplio conjunto de factores que contribuyen al entendimiento del problema y que han sido definidos como condiciones que correlacionan e influyen en el consumo y en los

patrones de dependencia. En el contexto del estudio de los factores asociados al consumo de alcohol y otras sustancias, se ha postulado la teoría de los factores de riesgo y protección, desde donde se tratan de ubicar los factores que se asocian con el consumo de sustancias, para poder prevenir dicho consumo o abuso.

Hasta ahora la investigación no ha identificado aún todas las causas de las adicciones pero sabemos que la etiología es compleja y multifactorial. No se ha podido precisar qué factores o qué combinación de estos es más peligrosa, cuáles son más susceptibles de modificación y qué factores representan específicamente un riesgo para el consumo de drogas antes que ser facilitadores de problemas de conducta en general.

Lo claro es que la predisposición al uso o abuso se relaciona directamente con los factores de riesgo a los cuáles está expuesto el sujeto. Por lo anterior, se puede afirmar que no hay una relación directa entre los factores de riesgo y consumo, pero sí que la coexistencia de los factores de riesgo puede activar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas y generar una predisposición favorable al consumo.

Hasta ahora ninguno de los factores determinados como de riesgo es predominante, ni tampoco es causa necesaria o suficiente para que se desencadene una adicción; sólo puede ser referido en términos de probabilidad. En este sentido el conocimiento de los factores de riesgo ayuda para que una intervención preventiva sea más efectiva (Kumate, 2002).

Los factores de riesgo están presentes antes de que se dé el consumo y están estadísticamente asociados con un incremento en la probabilidad del abuso de drogas. Una aproximación centrada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas eliminando, reduciendo o mitigando a los precursores (Kumate, 2002).

Los factores de riesgo pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (p. ej. trastorno emocional, de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas), familiar (p. ej. convivencia con padres alcohólicos o deprimidos), escuela (p. ej. fracaso escolar), pares (p. ej. amigos usuarios de drogas), social (p. ej. alta disponibilidad de sustancias) que interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes etapas de desarrollo del individuo.

Se ha observado, sin embargo, que la exposición a estos factores, aún siendo muchos, no lleva inevitablemente al uso. De hecho, niños que han nacido en familias

problemáticas y viven en ambientes de gran disponibilidad de drogas, llegan a la edad adulta sin haberlas usado. Esto se debe a la presencia de factores de protección que balancean y contrarrestan el impacto de los factores de riesgo (Medina-Mora, Villatoro, et al., 2002).

Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida del individuo: en la esfera individual (p. ej. alta autoestima o personalidad orientada a la evitación de riesgos), familiar (p. ej. convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores), escuela (p. ej. apego escolar), pares (p. ej. amigos poco tolerantes hacia el consumo), comunidad (p. ej. pertenencia a redes de apoyo social). Los factores de protección pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas (Medina-Mora, Villatoro et al., 2002). En esta investigación se describió la percepción de riesgo de los adolescentes mexicanos y la influencia que tiene sobre el uso de drogas. Los principales resultados, relacionados con los objetivos de este estudio, indicaron que el consumo de alcohol se conoce como menos riesgoso que el consumir drogas, y los adolescentes que continúan estudiando perciben mayor riesgo. También reportan que las mujeres en general perciben más riesgo asociado al consumo de cualquier droga que los hombres.

2.2.1 Autoestima

La prevención de daños en jóvenes requiere de una estrategia que combine de manera adecuada la neutralización de los factores de riesgo con el fortalecimiento de los factores de protección; de ahí que la investigación no se limita a identificar los aspectos negativos, sino que tiende cada vez más a detectar las características específicas que hicieron exitosos a individuos aún en presencia de riesgos.

Entre los factores de protección se han encontrado los siguientes: relación con un adulto protector que funja como un buen modelo, oportunidad de contribuir y ser reconocido, eficiencia en el trabajo, el juego y las relaciones. Sanas expectativas y actitud positiva hacia el futuro, autoestima y control interno, autodisciplina, habilidades para resolver problemas y contar con pensamiento crítico y sentido del humor (CECA Q, 2002d).

Se sabe que el desarrollo de la autoestima tiene como antecedente las experiencias de aprendizaje vividas en los primeros años de vida para la formación del concepto de sí

mismo, y en dónde el vínculo con los miembros del núcleo familiar juega un papel fundamental (Jasso y Muñoz, 2002).

La madurez y la salud mental, importantes en la actitud de un individuo hacia el consumo de alcohol, dependen fundamentalmente de la forma en que ha sido educado en la familia. Es precisamente en ésta donde se logran instaurar los inicios de una imagen positiva de sí mismo y de un adecuado sentimiento de autoestima, mismos que resultan indispensables para eventualmente alcanzar la salud mental. Quien la tiene y logra la madurez, seguramente adoptará actitudes responsables hacia el consumo de alcohol (Berruecos, 1997).

Por tanto, existen factores en la familia que intervienen en la formación de la autoestima, como son: la conducta de los padres y las consecuencias de las reglas que establecen para sus hijos. El periodo importante para la formación de la autoestima es la adolescencia, en donde se establece la autoidentidad y se empieza a desplazar la vida infantil a un estilo de vida adulto; inicia su pensamiento abstracto y piensa acerca de sus propias opiniones y de cómo los otros lo perciben. Así, la autoestima es un constructo psicológico de gran importancia para un desarrollo armónico con las crecientes demandas biológicas, psicológicas y sociales del adolescente (Coopersmith, 1976; en Espinosa, 2000).

Rosenberg (1973) dio las siguientes definiciones de autoestima; “La autoestima son pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como objeto”. En tanto la autoestima alta: “Sentirse suficientemente bueno, es decir, sentirse capaz de mejorar, madurar y lograr cualquier cosa”. Y la autoestima baja: “Es sentir insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo”. La autoestima es un medio del autoconcepto, a través del cual el individuo reconoce sus limitaciones, sus expectativas de desarrollo y percibe los niveles de auto-eficiencia. Cuando una persona tiene una baja autoestima, siente un auto-rechazo, auto-insatisfacción y auto-desprecio. Teniendo de esta manera una auto-representación desagradable deseando ser de otra forma.

Por lo general un adolescente que tiene un desarrollo normal tiende a valorarse positivamente, considerando tanto sus atributos personales como las condiciones medio ambientales. Los adolescentes que mejor reconocen sus virtudes y sus defectos propios, presentan un patrón de objetividad, organización, enfoque positivo, y una mayor tendencia a utilizar los recursos derivados del ámbito familiar.

En términos generales, la autoestima durante la adolescencia tiene evidentes fluctuaciones debido a los numerosos e importantes cambios que experimenta el sujeto durante ésta etapa, y que llevan a una reestructuración de la imagen corporal, su papel dentro del ámbito familiar, escolar y social, para lograr finalmente su propia identidad.

En este proceso, tiende a evaluar y cuestionar su propia persona tomando como referencia tanto sus características personales, como el medio ambiente que le rodea, valorándose en forma positiva o negativa a sí mismo. Cabe mencionar que esta evaluación no sólo depende de las circunstancias ambientales actuales, sino también de las experiencias previas del adolescente en situaciones similares, y aún de mayor importancia resulta el aprendizaje y formación del concepto de sí mismo en los primeros años de su vida donde la familia juega un papel primordial (Jasso y Muñoz, 2002).

En cuanto al contexto de investigaciones en el área, en un estudio se evaluó la autoestima y el rendimiento escolar de estudiantes y se encontró que la media de autoestima positiva más alta se ubica en los estudiantes de bachillerato, con una media de 3.4 (de 4 máximo) tanto en hombres como en mujeres, siendo la media más baja en secundaria con 3.1 en hombres y 3.2 en mujeres. Otro dato relevante es que la media de autoestima es superior en las mujeres que en los hombres. Además, se encontró que la autoestima es un factor importante que ayuda al adolescente a tener éxito académico. Concretamente, se postuló que la relación entre autoestima y rendimiento escolar es más alta entre las mujeres que en los hombres, lo cual se puede relacionar con diferencias en la formación cultural tradicional. Lo que se traduce en mayor protección emocional y atención a las mujeres y un trato menos tolerante o permisible en comparación con los hombres. Se concluyó que la autoestima es un factor que puede influir en la conducta del estudiante y en su rendimiento académico (Alcántar et al., 1999).

2.2.2 Percepción de riesgo

Acerca de la percepción de riesgo, Natera y Nava (1993) afirman que suele existir conciencia del peligro que se corre, pero priva un sentimiento de invulnerabilidad, y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma. Además, hay que considerar que todo adolescente busca emoción y riesgo ya que es un intento de expandir y consolidar su sí mismo, buscando desafíos (Espinosa, 2000).

Estos resultados coinciden con el estudio de Villa et al., (2001), en donde reportan que la percepción de riesgo afecta al consumo de alcohol, de manera que una mayor percepción de riesgo incide en un menor consumo de bebidas embriagantes.

Las encuestas que han incluido en su formulario aspectos relacionados con la percepción de riesgo son las relacionadas con la población estudiantil. Los resultados más significativos de éstas revelan que en general la percepción de riesgo es baja, lo cual contrasta con estudios realizados en Estados Unidos, en los que se afirma que el decremento en el número de usuarios de drogas está asociado de manera consistente con el incremento de la percepción de riesgo asociado con el uso de drogas (Kumate, 2002).

López et al. (1993) afirman que tener una actitud de no rechazo hacia el consumo de sustancias, está relacionado con el consumo mismo. Y de acuerdo a lo encontrado, postulan que la percepción de los sujetos con respecto a los riesgos que conlleva consumir drogas es un factor importante que probablemente pudiera predecir el consumo de las mismas.

Mientras que Castro (1990, en López et al., 1993), afirma que uno de los indicadores de riesgo para el uso de drogas es el tener una actitud de aceptación (o no rechazo) al consumo de drogas o a los consumidores.

Los resultados de las investigaciones del riesgo muestran que los individuos tienen un sentido fuerte, pero injustificado, de inmunidad subjetiva. En actividades muy familiares (como por ejemplo, el consumir alcohol, ya que está disponible) existe la tendencia a minimizar la probabilidad de malos resultados. En apariencia se subestiman aquellos riesgos que se consideran controlados. Uno cree que puede arreglárselas en situaciones que pueden resultar cotidianas y también se subestiman los riesgos que conllevan los acontecimientos que se dan rara vez. El individuo parece cortar la percepción de los riesgos altamente probables de manera que su mundo inmediato parece más seguro de lo que es en realidad, y como corta también su interés en los acontecimientos de baja probabilidad, los peligros distantes también palidecen (Douglas, 1996).

También se ha encontrado que la percepción del individuo sobre la peligrosidad del consumo de drogas para la salud, es un factor importante para tomar la decisión de consumirlas o no. Se debe aclarar que el concepto de percepción de riesgo no solamente se relaciona con el consumo de sustancias, sino con diversas conductas de

riesgo, ya sea con relación a actividades sexuales, violencia, etc. La percepción de riesgo hace al sujeto tomar una decisión, para conducirse de una manera determinada, a partir de la ponderación de diversos aspectos intrapersonales y ambientales a favor o en contra de la misma.

La percepción de riesgo se establece desde las decisiones razonadas del individuo para involucrarse o no en el consumo, en las creencias, expectativas y valor afectivo atribuido a las mismas, la percepción de expectativas de personas significativas y la autoeficacia, es decir el control que tiene sobre el alcohol u otras drogas, como son: el juicio sobre la cantidad y las veces que puede consumirla, en dónde comprarla, etc. (Kumate, 2002).

Como antecedentes de este estudio, Berenzon et al. (1996), investigaron el consumo de alcohol y su relación con diversos factores, en estudiantes de educación media y media superior, encontrando que la percepción de riesgo asociada con el consumo de alcohol es muy baja; menos de la mitad de los estudiantes (40%) reportaron que era peligroso tomar 1 ó 2 copas de alcohol una o dos veces a la semana, y el 23% consideró que no era peligroso beber 4 ó 5 copas de alcohol todos los días.

Datos recabados con adolescentes, reflejan que la percepción de riesgo es mayor entre los que no consumen drogas, en tanto el grupo de mayor consumo percibe un riesgo bajo (37.4% y 67.7% respectivamente). En esta investigación, también se encontró que un mejor ambiente familiar y las normas claras establecidas en la familia, influyen en una mayor percepción de riesgo en el consumo de drogas. También se encontró que la percepción de riesgo afecta al consumo de alcohol, de manera que una mayor percepción de riesgo incide en un menor consumo de bebidas embriagantes (Villa et al., 2001).

Esta tendencia se volvió a confirmar en un estudio posterior, realizado también entre estudiantes, en donde se encontró que el alcohol se conoce como menos riesgoso que el consumir drogas, y los adolescentes que estudiaron de tiempo completo son quienes tienen una mayor percepción de riesgo (43.9% hombres y 51.3% mujeres). Además, se encontró que las mujeres perciben más riesgo asociado al consumo de cualquier droga que los hombres (Medina-Mora, Villatoro et al., 2002).

Los datos más recientes en la encuesta de estudiantes de secundarias y bachilleratos del Distrito Federal indican que la percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol es baja, ya que sólo un 55.1% considera muy peligroso su consumo frecuente. Esta percepción es muy similar entre hombres y mujeres (Villatoro et al., 2001).

2.2.1 Otros factores

Además de los factores ya mencionados, (la autoestima y la percepción de riesgo), que constituyen los ejes de la presente investigación; también es importante mencionar otros factores relacionados con el consumo de alcohol. A lo largo de las investigaciones sobre uso y abuso de alcohol, se han destacado diferentes factores, como antecedentes de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Entre estos factores sobresale la asistencia regular a la escuela. También se han detectado factores tanto protectores como de riesgo, en el contexto familiar. Otro eje estudiado ha sido las relaciones que se establecen con el grupo de amigos, mismas que pueden llegar a fomentar el consumo de alcohol. Incluso se han estudiado factores personales; como la influencia genética o la presencia de algún trastorno de la personalidad.

Estos son algunos de los factores que se han estudiado y a continuación se comentan y se respaldan con los datos de investigaciones realizadas en el área.

Por ejemplo, al analizar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela, se encontró que los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pertenecieron a los adolescentes que se dedican de tiempo completo a estudiar. En cuanto al alcohol, un 30.7% de los que no asistieron a la escuela el año previo al estudio, han abusado del alcohol, cifra que disminuye a 19.5% para los adolescentes que asistieron regularmente. Estas cifras muestran claramente el papel protector de la escuela ante el consumo (Villatoro et al., 2001).

Natera y Nava (1993) reportan que el alcoholismo es multicausal en donde los factores medioambientales, la familia y el individuo contribuyen a su presencia. En específico, se ha dicho que la existencia de un miembro alcohólico en la historia familiar aumenta el riesgo de que exista un hijo(a) con alcoholismo; que en alcohólicos severos y crónicos los factores genéticos han sido determinantes; aquellas familias donde se rompen menos los rituales de convivencia, los hijos presentan menos riesgo de ser alcohólicos, aunque haya un miembro alcohólico en ella. Sin embargo se ha detectado más riesgo de alcoholismo en sujetos que tienen una personalidad antisocial que aquellos con una historia familiar de alcoholismo.

Por otra parte, Trejo (2001) comenta que en algunos casos los jóvenes descubren la bebida en su entorno familiar, pero regularmente su primera experiencia de intoxicación o borrachera, se da con los amigos. Son varios los motivos por los que deciden

iniciarse en el hábito de beber; entre ellos es habitual identificar ocio con bebidas. Actualmente predominan entre los jóvenes y adultos las formas pasivas de entretenimiento: la admiración por algún líder que bebe y al que les gustaría parecerse, empezando por sus formas externas de conductas; además de la necesidad de ganar la admiración del grupo, con una actitud de valentía, de atrevimiento.

Otras veces beben por conformidad con el grupo, por no sentirse marginados de él cuando todos están bebiendo. Luego está aquel efecto estimulante del alcohol que parece liberar de inhibiciones y con ello, aparentemente, desaparecen muchos problemas. Se minimiza así el sentido de responsabilidad que les impide hacer *lo que se les dé la gana*. Es una forma de buscar relaciones especiales con otras personas.

En ocasiones, también se bebe alcohol para alcanzar un estatus social, mezclándose con otros jóvenes en los ambientes de bebida juvenil, e incluso compitiendo con ellos en el *aguante* para beber o en la realización de actos bajo los efectos del abuso del alcohol, como la conducción de vehículos. Se abusa del alcohol por la pérdida de un lugar destacado en clase; por el cambio de colegio o el paso a escuelas de nivel superior; por dificultades en la forma de contacto y en el trato con el otro sexo, y por el miedo a no poder satisfacer debidamente las expectativas de los padres.

Por otro lado, estudios realizados en nuestro país y condensados en el Observatorio Mexicano han documentado cómo las normas sociales están más relacionadas con quién puede beber que hacia la moderación; en general se considera que las mujeres no deben de beber, pero es aceptado que un hombre se embriague de vez en cuando. Estos dobles parámetros son apoyados por hombres y mujeres, jóvenes y adultos. No se observa una estructura normativa definida ya que al mismo tiempo que se considera que “embriagarse es una forma inocente de divertirse” o que “hace bien embriagarse de vez en cuando”, se le atribuyen aspectos negativos tales como que “el alcohol saca lo peor de la gente”. No se observan, en las respuestas de las personas, referencias a las cantidades de alcohol o al consumo sin riesgo. Aún más, no existe clara definición de lo que es “tomar”, o “tomar en exceso”; en general, la población tiene poca información sobre la cantidad de alcohol que inhabilita a las personas para ejecutar acciones concretas como manejar u operar maquinaria.

Otro factor que se ha identificado como significativo para el consumo de alcohol es la tolerancia social.

Resultados obtenidos en estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico, reflejan que existe una elevada tolerancia hacia el consumo de bebidas alcohólicas

entre los estudiantes. El 6% de los jóvenes consideró que sus amigos verían bien si tomara 1 ó 2 copas una o dos veces a la semana, mientras que el 41% consideró que lo verían muy mal (Berenzon et al., 1996).

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

El presente estudio forma parte de una investigación mayor realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Se utiliza la base de datos de la Encuesta sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior, medición otoño 2003 (Villatoro et al., 2004), que presenta las siguientes características metodológicas.

La metodología empleada mantuvo los aspectos básicos de las mediciones anteriores que se han realizado en el Distrito Federal, esto facilitó la evaluación de las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco, y de los cambios en los factores de riesgo asociados al consumo de dichas sustancias.

3.1 Objetivos generales

Los objetivos del presente trabajo son:

1. Conocer los datos epidemiológicos del consumo de alcohol en estudiantes adolescentes del Distrito Federal.
2. Conocer la influencia del nivel de autoestima y la percepción de riesgo, hacia el consumo de alcohol en estudiantes adolescentes del Distrito Federal.

3.2 Objetivos específicos

1. Presentar una visión global del estado actual del consumo de alcohol entre los estudiantes adolescentes del D.F. Para esto se compara el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, entre niveles educativos, por tiempo dedicado al estudio y al trabajo. También se busca identificar cuáles son las bebidas más consumidas entre los estudiantes, y las delegaciones con mayor abuso de alcohol.
2. Conocer la influencia del nivel de autoestima y la percepción de riesgo, hacia el consumo de alcohol en estudiantes adolescentes del Distrito Federal.

3.3 Hipótesis conceptual

Como hipótesis central del estudio, se espera que la autoestima alta en adolescentes, disminuya el riesgo hacia el consumo o abuso de alcohol.

De tal forma, se espera que el uso, abuso o dependencia al alcohol sea mayor entre aquellos estudiantes adolescentes con baja autoestima, con baja percepción de riesgo, y en estudiantes adolescentes con baja autoestima y baja percepción de riesgo (Villa et al., 2001; Espinosa, 2000).

3.4 Variables

3.4.1 Definición conceptual de variables

Variables Predictoras:

Autoestima: Pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como un objeto. La autoestima alta implica sentirse suficientemente bueno, es decir, sentirse capaz de mejorar, madurar y lograr cualquier cosa. Así mismo, la autoestima baja es sentir insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo (Rosenberg, 1973).

Percepción de riesgo: Se puede definir como el conocimiento de daños, efectos, grado de susceptibilidad y consecuencias del consumo de drogas y la severidad atribuida a estas (CIJ, 2001; en León, 2002).

Variable Criterio:

Consumo de alcohol:

a) *No bebedor:* Aquella persona que no ha consumido una sola copa de alcohol en su vida.

b) *Bebedor:* Aquella persona que ha consumido por lo menos en una ocasión una copa completa de alcohol.

c) *Abuso:* Aquella persona que por lo menos en una sola ocasión en el último mes ha tomado 5 ó más copas de cualquier bebida alcohólica (Villatoro et al., 2001).

3.4.2 Definición operacional de variables

Variables Predictoras:

Autoestima: Se define operacionalmente como la puntuación obtenida a través de la

escala de Autoestima de Rosenberg (1973) que explora dicho fenómeno, siendo descrita en la sección posterior de Instrumento.

Percepción de riesgo: Se define mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en los reactivos correspondientes. Se pretende averiguar que tan peligroso considera el estudiante que sea para la salud el consumir diferentes drogas y en diversas cantidades (Medina-Mora, Natera et al, 2002).

Variable Criterio:

Consumo de alcohol: La presente variable se mide en el rango de tres categorías.

No consumo: Indica que no se ha consumido alcohol en el último año.

Consumo de alcohol: Se indaga acerca del consumo de alcohol alguna vez en la vida, el tipo de bebidas alcohólicas que se consumen, la edad de inicio en el consumo, frecuencia de abuso (tomar 5 o más copas por ocasión), frecuencia de embriaguez, consumo en el último año y en el último mes.

Abuso de alcohol: Tomar cinco o más copas por ocasión al menos una vez en el último mes.

3.5 Población y muestra

La unidad de análisis sobre la cual se obtuvo información la constituyen los estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2002-2003 en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal.

Se consideraron tres dominios de estudio:

- ◆ Estudiantes de secundaria
- ◆ Estudiantes de bachillerato
- ◆ Estudiantes de escuelas técnicas y comerciales

El total de la comunidad escolar del D.F. estuvo cubierto por el estudio, sólo que por razones de tipo operativo y dado su pequeño número se excluyeron las escuelas militarizadas y las de arte.

El marco muestral se elaboró con base a los registros oficiales de los estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 2002-2003 de la SEP. Fue sometido a validaciones y depuraciones. Para lo cual, se obtuvo una muestra aleatoria del 5% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se validó la información

del marco muestral, con la finalidad de disponer de información lo más confiable posible para evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema.

Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

- A) La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- B) Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- C) Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de inhalables, estimulantes tipo anfetamínico, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

De acuerdo a la información de la Encuesta sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar de 2000, se determinaron los Coeficientes de Variación (CV) del uso de marihuana, cocaína e inhalables. Se consideró a la variable con el mayor CV, una tasa de no respuesta y un efecto de diseño igual al de la encuesta de 1997. Con estos parámetros, se consideró una tasa de no-respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar fue para la cocaína con un 2% para el consumo del último año. Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 348 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. De las escuelas seleccionadas (340), solamente 9 rechazaron participar.

Las escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de estas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la intención de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Debido a que la selección de la muestra parte de un esquema autoponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

Se calculó una fracción de muestreo general para aplicarse en los estratos que conformaron cada una de las delegaciones políticas.

Se realizó el acumulado de grupos según tipo de escuela por Delegación.

Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios dentro de cada uno de los estratos para lograr la selección independiente de los grupos escolares.

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

5.1 Descripción de la muestra

El total de la muestra se compuso de 10,659 sujetos, de los cuales 50.5% fueron hombres y 49.5% mujeres. La edad de los sujetos fue entre los 12 y 19 años, y la mayoría de ellos tenían 14 años o menos (55%). De esta población, el 59.1% pertenece a nivel secundaria, los que asisten a bachillerato son el 29.5% y a escuelas técnicas sólo asiste el 11.4% de la muestra.

La mayoría de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, fueron estudiantes de tiempo completo el año anterior al estudio y sólo 6.1% de los hombres y el 3.5% de las mujeres no fueron estudiantes el año anterior al estudio.

El 22.9% de los hombres y el 11.3% de las mujeres realizan alguna actividad remunerada de medio tiempo o de tiempo completo. Además, la mayoría de ellos cuenta con su papá y con su mamá.

3.6 Instrumento

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado, que ha sido previamente validado y cuyos indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas. El cuestionario se aplicó en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantienen iguales y que se aplicaron a todos los sujetos son:

a) Datos sociodemográficos: incluye preguntas sobre sexo, edad, año que cursa,

tiempo dedicado al estudio, si ha tenido trabajo remunerado, el nivel de escolaridad del jefe de familia y el nivel socioeconómico percibido.

- b) Consumo de drogas, alcohol y tabaco: en esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes a estudiar como son marihuana, anfetaminas, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína, otros opiáceos y tabaco. Para cada droga los aspectos principales que se preguntan son el uso alguna vez en la vida, uso en los últimos 12 meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuánto las usó (incidencia); además, se pregunta sobre las circunstancias que rodearon al inicio del consumo, como la edad del sujeto, lugar donde la obtuvo y persona que se la vendió. En el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez.
- c) Problemas relacionados con el consumo de drogas.
- d) Conducta y actitud antisocial: Se pregunta sobre la frecuencia con que el estudiante ha realizado ciertos actos delictivos como tomar dinero, golpear a las personas, robo de autos, etc.
- e) Ámbito social: Corresponde a preguntas sobre la tolerancia social, la disponibilidad y la percepción de riesgo del consumo de drogas, de alcohol y de tabaco; así como qué tanta desorganización social (delincuencia y violencia) percibe el sujeto en la zona donde vive.
- f) Ámbito interpersonal: Sobre la familia, se pregunta la composición familiar del sujeto, la relación que guarda con sus padres (apoyo, comunicación y hostilidad) y las normas familiares prevalecientes sobre el uso de drogas. Además, se pregunta sobre el consumo de drogas y por problemas por el consumo de alcohol en la familia. En cuanto al grupo de pares, se incluyen preguntas sobre el consumo de drogas y alcohol de los amigos del entrevistado, en diferentes contextos.
- g) Ámbito personal: En esta sección se pregunta si ha desertado de la escuela, su percepción acerca de su propia autoestima, se valora su nivel de estrés, si ha tenido tendencias de ideación suicida y si ha intentado suicidarse.

Por otra parte, cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar. Cada forma incluye lo siguiente:

- ◆ En la forma A, se incluye la evaluación del tiempo libre, los trastornos de la alimentación, el nivel de depresión, la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol y los hábitos de estudio.
- ◆ La sección de la forma B, incluye la conducta sexual, la percepción de los maestros hacia la conducta de los adolescentes y las fuentes de apoyo.
- ◆ La forma C, abarca los lugares donde los adolescentes acostumbran beber y comprar bebidas alcohólicas, las medidas que consideran útiles para disminuir el consumo de alcohol, las creencias, las razones y los problemas asociados que perciben con relación al consumo de alcohol.

Las secciones específicas del instrumento (anexo 1) utilizadas para el presente trabajo son:

- 1) Datos sociodemográficos: Sexo, edad, nivel y grado escolar, si fue estudiante de tiempo completo o no y si trabajó durante el último año.
- 2) Consumo de alcohol: Se hacen preguntas relacionadas con el consumo de alcohol alguna vez en la vida, el tipo de bebidas alcohólicas que se consumen, la edad de inicio en el consumo, frecuencia de abuso (tomar 5 o más copas por ocasión), frecuencia de embriaguez, consumo en el último año y en el último mes.
- 3) Autoestima. Se incluyó la escala de Rosenberg (1973). Consta de 10 preguntas originales sobre sentimientos hacia sí mismo que contemplan dos dimensiones, atributos positivos y negativos de autoestima. Dicha escala es tipo Likert, contiene cuatro opciones de respuesta: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo, 4= Totalmente de acuerdo, donde a mayor puntuación, mayor autoestima. Las propiedades psicométricas de la escala fueron probadas con un grupo de 5,000 adolescentes de diversos grupos étnicos y raciales en los Estados Unidos. Investigaciones subsecuentes han incluido miles de adolescentes y adultos con un gran rango de ocupaciones y niveles socioeconómicos. Esta escala ya ha sido validada y revalidada para estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza (Jasso y Muñoz, 2002). En 1993, se obtuvo una consistencia interna global de 0.75 (González-Forteza y Rodríguez, 1993; en Jasso y Muñoz, 2002). En 1997 el análisis factorial arrojó dos factores: Autoestima positiva y Autoestima negativa, obteniendo una consistencia interna de 0.70 y 0.59, respectivamente, mientras 0.68 a lo que se refiere a la consistencia global. Para el presente estudio sólo se emplearán 4 preguntas positivas, ya que son las que

consistentemente han mostrado mayor confiabilidad y validez en los estudios. La calificación de autoestima es la suma de las 4 preguntas, divididas entre el número de preguntas, por lo que las calificaciones variarán de 1 (baja autoestima) a 4 (alta autoestima). Donde la autoestima baja ha sido considerada como el núcleo central de problemas emocionales, una autoestima negativa está asociada con sentimientos de aflicción, autoaborrecimiento. Y la autoestima alta refleja un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, una buena salud mental y buenas relaciones sociales (Espinosa, 2000). En este caso, la autoestima se espera que sea un factor protector, de manera que a mayor autoestima, haya una mayor percepción de riesgo y menor tolerancia social y en consecuencia no se involucre en el consumo de alcohol (Jasso y Muñoz, 2002).

- 4) Percepción de riesgo: Es un conjunto de 7 reactivos que pretenden saber qué tan peligroso considera el adolescente que sea para su salud consumir cigarrillos, marihuana, cocaína, inhalables, heroína o bebidas alcohólicas y en diversas cantidades; los reactivos cuentan con tres opciones de respuesta que son “No es peligroso”, “Es peligroso” y “Es muy peligroso”. Para el caso del consumo de alcohol se utiliza el reactivo ¿Qué tan peligroso consideras que es consumir frecuentemente alcohol? (Anexo 1).

3.7 Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluye un Coordinador Central, seis Supervisores y 23 Encuestadores, seleccionados entre un total de 30 sujetos capacitados. El curso de capacitación tiene una duración de 12 horas, incluyendo aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, así como el manejo del cuestionario y las instrucciones para la aplicación-selección de los grupos.

Se puso especial cuidado en que los encuestadores sepan transmitir instrucciones que garanticen a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se tratan todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

El coordinador es el responsable del control del trabajo de campo, coordina la entrega de materiales y el ejercicio financiero. Los supervisores vigilan el trabajo de campo en una zona o delegación específica, además ayudan a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores tienen a su cargo la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de

los cuestionarios.

La duración promedio de aplicación por grupo es de 75 minutos. Al final de la aplicación, a los alumnos se les entregó el folleto preventivo “¿Qué onda con tu vida?”. Con la indicación “Este folleto es para ti, por favor revísalo”.

Posteriormente a la aplicación, los encuestadores tienen a su cargo la verificación de las respuestas, esta revisión es supervisada por el coordinador central y los supervisores, quienes hacen una verificación adicional con el fin de:

- a) Clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes.
- b) Verificar que se trate de una droga y se use con motivos de intoxicación, y
- c) Detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.
- d)

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo, que verifica la congruencia de las respuestas y posteriormente se llevó a cabo una nueva depuración a través de programación para la revisión directa de los cuestionarios.

3.7 Análisis de datos

Con objeto de lograr el primer objetivo, se obtendrán las prevalencias de consumo de alcohol a partir de porcentajes y para saber si se ha aumentado o no el consumo de esta sustancias, se usarán los intervalos de confianza estimados a partir del programa de STATA y considerando la complejidad del diseño de la muestra del presente estudio.

Para conocer la relación entre el consumo de alcohol con el nivel de autoestima y la percepción de riesgo, se aplicó el Análisis de Varianza, donde los grupos están definidos por el tipo de bebedor.

RESULTADOS

5.2 El consumo de alcohol en adolescentes

En primer lugar, se puede observar que el nivel de consumo de alcohol es igual entre los hombres y las mujeres, lo cual se observa en los tres niveles de consumo (alguna vez: 65.5% y 66.1%; último año: 45.8% y 46.0%; último mes: 35.1% y 35.2%). En el abuso de alcohol, sobresalen los hombres con 25.6% de consumo, además es el único caso donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($X^2=18.734$, $p=.000$). También es importante considerar que el consumo alguna vez en la vida, es de 65.8%, dato que es muy elevado si se considera que la mayoría de la población es menor de edad y les está prohibida la ingestión de bebidas alcohólicas (Tabla 1).

Tabla 1: Consumo de alcohol por sexo

	Hombre		Mujer		X^2	P
	N	%	N	%		
Alguna vez	3526	65.6	3488	66.1	.29	.593
Último año	2463	45.8	2431	46.0	.06	.809
Último mes	1888	35.1	1861	35.2	.02	.890
Abuso último mes	1378	25.6	1163	22.0	18.73	.000

Si se analiza el consumo por nivel educativo, se encuentra que hay un incremento de la ingesta, al comparar secundaria contra bachillerato en todos los casos, ya sea en hombres o en mujeres. Este incremento se relaciona con la edad de los sujetos, ya que a mayor edad, más adolescentes se suman al consumo. Se observa que el aumento es casi del doble entre secundaria y bachillerato. Por ejemplo, en el consumo de alcohol en el último año, en secundaria es del 33.3%, mientras en bachillerato se incrementó al 64.1%. Este incremento se comprobó al aplicar la prueba estadística de X^2 , y se encontró que no es igual el nivel de consumo entre secundaria y bachillerato, incrementándose significativamente en el bachillerato, en los hombres y las mujeres.

Tabla 2: Consumo por nivel educativo

	Hombres				Mujeres			
	Sec %	Bach %	X^2	P	Sec %	Bach %	X^2	P
Alguna vez	54.8	81.5	408.96	.000	54.1	82.9	470.56	.000
Último año	33.1	64.7	520.12	.000	33.6	63.5	460.05	.000
Último mes	23.4	52.4	475.22	.000	25.4	49.2	316.96	.000
Abuso último mes	15.3	40.9	443.36	.000	15.7	31.0	173.49	.000

Otro factor que se ha tomado en cuenta y se relaciona con la ingesta de alcohol, es el tiempo dedicado al estudio, encontrándose que el consumo de alcohol es mayor en los estudiantes que no estudiaron tiempo completo (el año anterior al estudio), tanto en hombres y en mujeres. El 75.6% de los adolescentes (hombres y mujeres) que no estudiaron de tiempo completo, ha consumido alcohol alguna vez en la vida; en cambio, el 64.1% de los que sí estudiaron de tiempo completo, consumieron alcohol. Además de esta información global, se establecieron comparaciones por sexo por medio de la prueba estadística X^2 , encontrándose en todos los casos, que el consumo de alcohol no es igual entre los estudiantes que no estudiaron el año previo al estudio, y los que sí estudiaron. Se puede observar en todos los casos, que el porcentaje más elevado de consumo se presenta entre los adolescentes que no estudiaron (Tabla 3).

Tabla 3: Consumo de alcohol por tiempo dedicado al estudio

	Hombres				Mujeres			
	No estudió %	Sí estudió %	X^2	P	No estudió %	Sí estudió %	X^2	P
Alguna vez	76.2	63.3	57.00	.000	74.6	64.9	22.57	.000
Último año	56.7	43.5	54.12	.000	57.4	44.5	35.58	.000
Último mes	45.5	32.9	54.11	.000	45.6	33.9	32.16	.000
Abuso último mes	37.4	23.1	81.98	.000	31.7	20.7	37.29	.000

Otro punto a estudiar, es el tiempo dedicado al trabajo. En la presente investigación se encontró que un sector de los estudiantes, dedicaron una parte de su tiempo a trabajar durante el año anterior al estudio (medio tiempo o tiempo completo), y como se puede observar en la tabla 4, los estudiantes que sí trabajaron, presentan mayor ingesta de alcohol en todos los casos. Así, encontramos que de los adolescentes (hombres y mujeres en conjunto) que sí trabajaron en el año previo al estudio, el 74.1% consumieron alcohol alguna vez en la vida; en contraste con los que no trabajaron, en los que el 64.1% consumió alcohol, dato que refleja la diferencia antes mencionada. Al establecer comparaciones independientes entre hombres y mujeres, se vuelve a comprobar esta tendencia, ya que en todos los tipos de consumo, se puede observar mediante la prueba X^2 , que el consumo de alcohol no es igual entre los estudiantes que sí trabajaron el año previo al estudio, y los que no lo hicieron. Cabe señalar que los que sí trabajaron, son los que presentan mayor índice de consumo (Tabla 4).

Tabla 4: Consumo de alcohol por estatus laboral

	Hombres				Mujeres			
	No trabajó %	Sí trabajó %	X^2	P	No trabajó %	Sí trabajó %	X^2	P
Alguna vez	63.3	73.4	41.93	.000	64.9	75.5	26.35	.000
Último año	42.9	55.8	63.40	.000	44.7	57.0	31.79	.000

Último mes	31.9	46.1	82.13	.000	34.0	45.0	27.51	.000
Abuso último mes	22.3	36.8	103.11	.000	20.6	33.2	48.01	.000

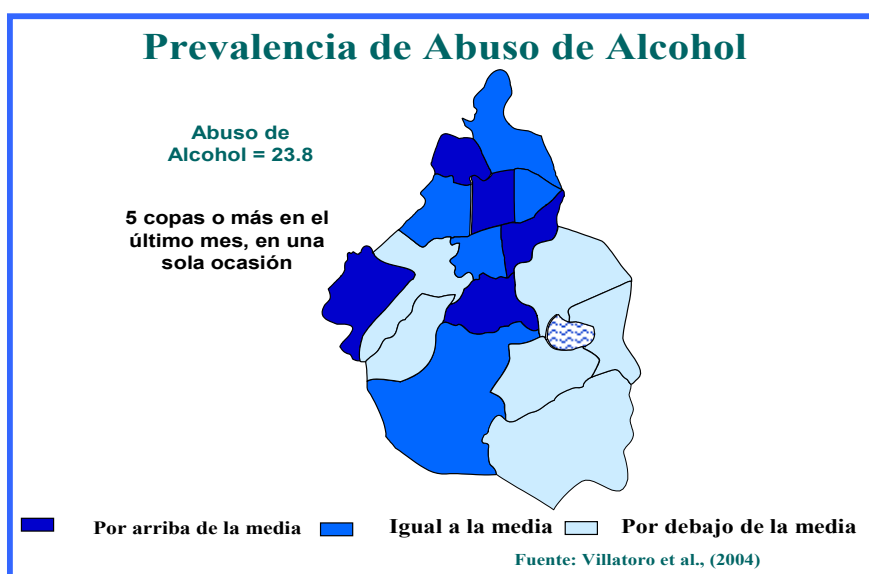
Por otro lado, se analizó el tipo de bebida alcohólica que más se ingiere entre los estudiantes, y se destacan los siguientes datos: en el nivel de secundaria, la principal bebida de consumo es la cerveza, con el 39.6%, seguida por los coolers, con el 26.7% y posteriormente las bebidas preparadas (24.7%). En bachillerato, también la cerveza es la que encabeza la lista de consumo, con el 64.6%, seguida de los destilados con el 61.6% y en tercer lugar están los coolers con el 58.6%.

Además se aplicó un análisis estadístico con la prueba X^2 , en donde se compara el nivel de consumo de 7 tipos de bebidas, entre el nivel educativo de secundaria y el de bachillerato, tanto en hombres como en mujeres. En casi todos los casos se encontró que el consumo de diversas bebidas alcohólicas no es igual entre los estudiantes de secundaria y los de bachillerato. Se observa que el consumo tiende a incrementarse en el bachillerato. El único caso en donde el nivel de consumo es igual en secundaria y bachillerato, fue en el grupo de las mujeres que consumen pulque, cabe aclarar que esta es una de las bebidas que menos se ingiere dentro de la población de este estudio (Tabla 5).

Tabla 5: Bebidas alcohólicas más consumidas

	Hombres				Mujeres			
	Sec %	Bach %	X^2	P	Sec %	Bach %	X^2	P
Vino de Mesa	17.3	42.2	402.28	.000	15.6	40.7	418.28	.000
Coolers	25.9	58.6	578.36	.000	27.4	58.5	515.46	.000
Cerveza	41.2	68.2	376.36	.000	37.9	61.1	274.77	.000
Destilados	23.6	61.4	775.52	.000	23.0	60.8	771.53	.000
Bebidas preparadas	25.0	55.8	521.11	.000	24.4	53.2	458.82	.000
Pulque	16.2	26.0	76.80	.000	11.8	13.3	2.48	.115
Alcohol del 96	6.1	12.2	60.61	.000	4.4	6.2	7.71	.005

El presente estudio es representativo de todas las delegaciones que forman el Distrito Federal, y se encontró que las más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son: Azcapotzalco (30.4%), Cuauhtémoc (27.4%), Coyoacán (26.9%), Iztacalco (26.5%) y Cuajimalpa (25.2%). Los resultados globales para la ciudad de México indican que 23.8% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión, al menos una vez al mes (Figura 1).



5.3 Factores relacionados al consumo de alcohol

Para conocer la relación entre la autoestima y la percepción de riesgo, con el consumo de alcohol y el sexo, se empleó el análisis de varianza de dos vías o factores. Los resultados que se consideraron estadísticamente significativos, son aquellos en los que el nivel de probabilidad es menor a .05 (Tabla 6).

Tabla 6: Análisis de varianza de 2 factores (sexo y consumo de alcohol) para la autoestima y percepción de riesgo

		NC	USO	ABU	F	Sexo Prob.	Consumo Prob.	Interac Prob.
Autoestima	Hombres	\bar{X}	3.29	3.30	3.29	3.952	.000	.055
		DE	.76	.74	.76			
	Mujeres	\bar{X}	3.25	3.28	3.19			
		DE	.73	.71	.75			
Peligroso consumir alcohol	Hombres	\bar{X}	2.64	2.39	2.11	276.750	.000	.000
		DE	.54	.59	.62			
	Mujeres	\bar{X}	2.70	2.45	2.15			
		DE	.49	.56	.61			

NC= No consumo de alcohol

USO: Consumo de alcohol

ABU= Abuso de alcohol

Los resultados de este análisis indican que para la escala de Autoestima, se presentaron diferencias estadísticamente significativas por sexo. De manera que los hombres reportan un nivel de autoestima mayor (\bar{X} =3.29) al de las mujeres (\bar{X} =3.25).

Cabe destacar que el nivel de autoestima general es bueno ($\bar{x} = 3.27$). En cuanto a la relación entre autoestima y consumo de alcohol, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los tres grupos en los que se dividió el consumo de alcohol, presentaron niveles de autoestima parecidos. Los sujetos que nunca han consumido alcohol, reportan un promedio de autoestima de 3.17, al igual que los que consumen menos de 5 copas por ocasión. En cambio, los adolescentes que abusan del alcohol, presentan un promedio de autoestima de 3.14. Sin embargo, las diferencias no son significativas.

Para la variable de percepción de riesgo del consumo de alcohol, se detectaron diferencias estadísticamente significativas por consumo y por sexo. En primer lugar, el nivel de percepción de riesgo es mayor para los estudiantes que no consumen alcohol ($\bar{x} = 2.67$), después le sigue el grupo de aquellos que han consumido 5 copas o menos, en cuyo caso la percepción de riesgo disminuye ($\bar{x} = 2.42$), y los adolescentes que han abusado del alcohol presentan una menor percepción de riesgo, en comparación con los dos grupos anteriores ($\bar{x} = 2.13$). Cabe destacar que las diferencias entre las tres medias resultaron significativas, además de mencionar que los tres grupos se ubican en el rango de percibir al alcohol como “peligroso”. Hablando de las diferencias por sexo, se encontró que las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo ($\bar{x} = 2.47$), que los hombres ($\bar{x} = 2.41$).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados indican que el consumo de alcohol en los adolescentes, tiende a presentarse en forma similar entre hombres y mujeres, ya que no se encontraron diferencias en el consumo de ambos. Este dato es muy importante, ya que refleja un aumento en el consumo de las mujeres. Anteriormente, se consideraba que el consumo de alcohol era un problema casi característico del sexo masculino, pero ahora las tendencias están cambiando (Medina-Mora, Natera et al., 2002). Estos datos confirman las tendencias de las anteriores encuestas de estudiantes, en donde se ha encontrado que el consumo afecta más a la población masculina, aunque reportan que la diferencia porcentual entre sexos es pequeña (Villatoro et al., 2001).

Sin embargo, cabe mencionar que en el área de abuso de alcohol, todavía siguen destacando los hombres (25.6%) con relación a las mujeres (22%). De tal manera que las mujeres se están desarrollando en el área de uso de alcohol, sin llegar a consumir 5 copas o más por ocasión de consumo. Pero, no hay que olvidar que las mujeres (además de las personas delgadas) tienden a absorber el alcohol más rápidamente, factor que puede influir en el efecto que puedan presentar las mujeres, siendo este más rápido en comparación con los hombres (CECAQ, 2002b).

Por otra parte, Villatoro et al, (2001), reportó que el 61.4% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en la vida. En la presente encuesta, se encontró que el 65.8% ha consumido alcohol alguna vez, lo que implica un incremento en los últimos 3 años. Estos datos son congruentes con los reportados en la Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones, en donde encontraron un incremento en el consumo de alcohol entre los adolescentes a nivel nacional (SSA, 2002).

En relación al nivel en el que se están cursando estudios, se encontró que el consumo es mayor en bachillerato que en secundaria, lo que confirma la tendencia que a mayor grado escolar (y por consecuencia a mayor edad), más adolescentes se están sumando al consumo de alcohol. Hay que subrayar que estas diferencias entre los niveles educativos se observan tanto en hombres como en mujeres.

Si se consideran las actividades en las cuales se enfocó el estudiante durante el año previo al levantamiento de los datos, se encontró que los estudiantes que se dedicaron tiempo completo al estudio y los que no trabajaron; fueron los que presentaron índices de ingesta de alcohol más bajos en comparación con los que no estudiaron o si trabajaron. En la encuesta anterior (Villatoro et al., 2001), se encuentra un resultado

similar, incluso al interior de cada delegación, en donde aquellos estudiantes con trabajos de medio tiempo o que no estudiaron bebían más alcohol.

En cuanto al tipo de bebida que más se acostumbra, resaltó la cerveza; tanto en secundaria como en bachillerato. Cabe mencionar que la cerveza es una bebida fermentada, la cual se considera relativamente baja en su contenido de alcohol (CECAQ, 2002a) y sigue siendo la bebida de mayor preferencia. No obstante al considerar juntos los destilados, con las bebidas preparadas y los coolers (los dos últimos también son formas de destilados), el consumo de este tipo de bebidas es mayor.

Continuando con este análisis, en las secundarias, se reportaron como segunda bebida de preferencia los coolers, en tanto que en los bachilleratos el segundo lugar de consumo lo ocupan los destilados. Estas bebidas contienen porcentajes de alcohol más elevados que las fermentadas y destaca el tequila.

Así, hay que subrayar que los estudiantes, conforme tienen más edad, acostumbran tomar bebidas con más concentración de alcohol.

En tercer lugar de preferencia, aparecen las bebidas preparadas en secundaria y los coolers en bachillerato.

Por otro lado, se realizó un recuento de las delegaciones del Distrito Federal que resultan más afectadas por el abuso de alcohol (consumo de 5 copas o más por ocasión, al menos una vez en el mes previo al estudio), en el cual se encontró que las delegaciones más afectadas fueron Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Coyoacán, Iztacalco y Cuajimalpa. En la encuesta pasada, se encontró que las delegaciones de Álvaro Obregón, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero e Iztapalapa eran las más afectadas por el abuso de alcohol. Se observa que el problema del abuso de alcohol se ha trasladado a otras áreas del Distrito Federal en el transcurso de 3 años. La única delegación que se ha mantenido en la lista de abuso, es la Cuauhtémoc, e incluso pasó de ocupar el tercer lugar al segundo en cuestión de abuso. Lo que es importante señalar es que el nivel de abuso se ha mantenido similar en los últimos 6 años.

En cuanto al análisis de los factores asociados con el consumo, como lo es la autoestima, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, de manera que los hombres manifiestan una autoestima positiva más elevada en comparación con las mujeres. Estos resultados difieren de los reportados por Alcántar et al. (1999), en esta investigación que también se realizó con población estudiantil, se

afirma que la autoestima de las mujeres es superior que la autoestima de los hombres. Hay que aclarar que en esta investigación se contrastó la autoestima con el rendimiento escolar, pero también reportan datos por sexo de los niveles de autoestima, sin considerar el rendimiento.

En cuanto a la relación entre autoestima y consumo de alcohol, no se encontraron diferencias entre los estudiantes, por lo que en esta población, no se puede considerar a la autoestima como un factor que se relacione con el uso o abuso de alcohol. Estos resultados discrepan de los reportes de diversas investigaciones, en donde se reconoce a la autoestima como un factor importante durante la adolescencia y que va a actuar sobre diversas conductas como el rendimiento escolar, las relaciones interpersonales y el consumo de drogas entre otras (Berruecos, 1997; Espinosa, 2000; Villa et al., 2001).

En el caso específico del consumo de alcohol se encontró que la autoestima no es un factor con el que se relacione de manera clara, pero este punto puede indicar que el problema del consumo de alcohol no es un fenómeno estático, de tal modo que se requiere estar evaluando constantemente los factores de riesgo y de protección, para así incidir en aquellos factores que en cada población y tiempo resulten los adecuados.

Además se encontró que el nivel de autoestima promedio de toda la población, es bueno (dentro de una escala de “muy mala, mala, buena y muy buena”), lo cual coincide con la información reportada por Jasso y Muñoz (2002), en donde afirman que los adolescentes que tienen un desarrollo normal tienden a valorarse positivamente, considerando tanto sus atributos personales como las condiciones medio ambientales.

En relación a la variable de percepción de riesgo, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, ya que las mujeres reportan una mayor percepción de riesgo, en comparación con los hombres. Estos resultados concuerdan con los reportados por Medina-Mora, Villatoro et al., (2002), quienes reportaron que las mujeres perciben mayor riesgo asociado al consumo de cualquier droga que los hombres.

Al comparar el nivel de percepción de riesgo, entre los grupos de consumo de alcohol (no consumo, uso y abuso), se encontró que si hay diferencias entre los tres grupos. Así, los estudiantes que tienen menor percepción de riesgo, son aquellos que se ubican en la categoría de abuso de alcohol. Después se encuentran los que consumen alcohol, sin llegar al abuso y los estudiantes que tiene mayor percepción de riesgo son los que no consumen alcohol. Estos datos concuerdan con la información reportada por

Villa et al., (2001), en donde encontraron que una mayor percepción de riesgo incide en un menor consumo de bebidas embriagantes. Igualmente, López et al., (1993) postula que la percepción de los sujetos con respecto a los riesgos que conlleva consumir drogas es un factor importante que pudiera predecir el consumo de las mismas.

Es importante recalcar que la percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol resultó baja. Incluso hay una disminución de la percepción, si se comparan los datos con la encuesta pasada. Villatoro et al., (2001) encontraron que un 55.1% de los estudiantes consideran muy peligroso el consumo frecuente de alcohol, en tanto que en la encuesta del 2003, se encontró que el 49.5% considera muy peligroso ingerir bebidas alcohólicas frecuentemente.

En resumen, se encontró que el consumo de alcohol se presenta de forma similar entre hombres y mujeres. En cuanto al abuso, sí existen diferencias entre sexos, ya que los hombres presentan más abuso.

Además, se observa que el consumo de esta sustancia es alto en toda la población que y que hay una clara tendencia de aumento.

También se puede observar que existe un incremento en el consumo, entre los estudiantes de bachillerato, en contraste con los de secundaria. Este incremento se ve reflejado tanto en hombres, como en mujeres.

En relación al tiempo dedicado al estudio (en el año previo a la encuesta), se puede señalar que los adolescentes que sí estudiaron mantienen niveles más bajos de consumo, en relación a los que no estudiaron.

En cambio, los estudiantes que trabajaron el año previo al estudio, presentan mayores niveles de uso de alcohol, en comparación con los que no se dedicaron a ninguna actividad laboral.

Se realizó un análisis para averiguar cuáles eran las bebidas preferidas de los adolescentes, y aparece en primer lugar de preferencia la cerveza.

Ahora bien, el problema del abuso de alcohol no se presenta de manera homogénea en toda la población, prueba de ello son los resultados que nos arroja un listado de las delegaciones más afectadas por este abuso. Concretamente, se localizaron las delegaciones que presentaron una media de abuso de alcohol superior al promedio de

todo el Distrito Federal. Y las zonas que resultaron más afectadas fueron: Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Coyoacán, Iztacalco y Cuajimalpa.

En cuanto a la autoestima y su relación con el consumo de alcohol, se descubrió que en los adolescentes, la autoestima es mayor en los hombres que en las mujeres. Además de este hallazgo, se puede observar que no hay una relación clara entre el abusar, usar o no alcohol y los niveles de autoestima, ya que en los tres tipos de consumo, la autoestima permanece dentro de un nivel parecido.

Pero por parte de la percepción de riesgo, si hubo cambios relacionados con el consumo de alcohol. De tal modo que los estudiantes que no han tomado alcohol, mantienen una percepción de riesgo mayor; después les siguen aquellos que toman alcohol, pero sin llegar al abuso. Finalmente, el grupo que tiene menor percepción de riesgo, es el de los adolescentes que acostumbran tomar más de 5 copas por ocasión, o sea que abusan del alcohol.

Además de estas diferencias, también se encontraron cambios en la percepción de riesgo, a partir del sexo. Es decir, las mujeres piensan que puede ser muy peligroso beber alcohol frecuentemente, en mayor medida que el grupo de los hombres.

A nivel de sugerencias de prevención, hay que tomar en cuenta que el alcohol se considera como una droga legal, que se consume con mucha mayor frecuencia que las drogas ilegales. Además, se ha visto que puede resultar como una droga de inicio, que desemboque en el consumo de drogas más fuertes, y esta relación se incrementa conforme se comienza a beber alcohol a edades más tempranas.

Por lo tanto, surge la necesidad de formar equipos interdisciplinarios altamente capacitados, que cuenten con los conocimientos adecuados para afrontar el problema. Es decir, con la formación suficiente para poder diseñar, implementar y evaluar los proyectos y programas adecuados a la población objetivo. En este caso, se requiere del conocimiento del consumo de alcohol entre los adolescentes. Además, del manejo de las características y costumbres propias de la población, y de su entorno.

Este equipo requiere tener la capacidad de establecer un diagnóstico del problema, estableciendo niveles de intervención. Esto con el objetivo de lograr estratificar la intervención, de tal modo que exista un nivel de intervención global, otro de intervención breve y el último de intervención más específica (tratamiento y rehabilitación).

Los dos puntos anteriores son las características previas para poder crear programas que estén orientados a la población universal, la de alto riesgo y la que requiera tratamiento especializado.

Como parte de las propuestas que se plantean, se podrían implementar programas para retardar el inicio en el consumo de alcohol, o sea que los adolescentes comiencen a tomar alcohol a edades más tardías. O mejor aún, promover el no consumo.

De acuerdo con los datos recabados en el presente estudio, se recomienda:

1. Si ya se está consumiendo alcohol, sin que haya un abuso constante, promover el uso moderado, con la finalidad de que el adolescente aprenda a controlar su consumo.
2. Elaborar programas desde una perspectiva de género, ya que anteriormente el consumo de alcohol se consideraba exclusivo de los hombres y ahora el consumo entre sexos es igual, incluso en algunas delegaciones de la ciudad de México es mayor en las mujeres. Por ellos sería importante dedicarle especial atención al consumo de las mujeres, para averiguar qué características específicas las protegen o las ponen en riesgo de consumo. Por ello, es necesario evaluar la pertinencia de intervenciones específicas para mujeres y para hombres.
Se sabe que existen diferencias marcadas por el género, ya sea por factores biológicos, genéticos o culturales y aprendidos. Simplemente, una mujer puede tener muy distintas motivaciones para beber o drogarse, en consecuencia, porqué no investigar sobre las diferencias de género y diseñar programas de prevención que tomen en cuenta dichas diferencias.
3. Detectar a las personas que se ubiquen en el abuso de alcohol, para proporcionarles la intervención adecuada (terapia breve para su manejo de alcohol), y evitar que desemboquen en una dependencia al alcohol.
4. Analizar qué factores, tanto del ambiente como del propio sujeto, propician el incremento del consumo entre secundaria y bachillerato, para así poder instrumentar medidas adecuadas para mantener el no consumo de alcohol o la moderación entre estudiantes de bachillerato.
5. Se ha visto que los estudiantes que se dedican de tiempo completo a los estudios consumen menos alcohol. Esto implica que la escuela tiene un importante papel protector ante el consumo, por lo que sería deseable proponer un modelo de escuela

integral que localizara a los alumnos en riesgo de deserción y pudiera tejer una red de contención que la evitara. Sería importante promover la formación integral, considerando aspectos como la formación en valores, el establecimiento de metas y atender a las necesidades de atención vocacional y psicológica. Desde luego que se requiere la activa participación de los maestros, ya que estos pueden convertirse en agentes de cambio activos, porque son ellos quienes más contacto tienen con los estudiantes, los conocen y pueden llegar a ser figuras importantes de autoridad y confianza.

6. Se encontró que quienes trabajan, consumen más alcohol, así que se tendrían que estudiar cuáles son las características que tiene este grupo, que los hacen más vulnerables al consumo y abuso de alcohol, para poder presentar propuestas para mitigar el impacto de este factor.

7. Por otro lado, habría que proporcionar información adecuada, completa, pero sencilla; acerca de los tipos de bebidas alcohólicas. Esta información tendría como objetivo concientizar a la población acerca de los efectos que tienen el alcohol, ya que es importante considerar los diferentes grados de alcohol que tiene cada bebida, y la cantidad de bebidas que se ingieren, el género, ya que los efectos del alcohol se presentan con mayor rapidez en las mujeres, y las condiciones en las que se bebe, entre otros factores.

8. Este estudio detectó que existen delegaciones en las que se consume más alcohol que el promedio del D.F., así que habría que considerar estas zonas como de mayor riesgo al consumo, e instrumentar estrategias que ayuden a disminuir el consumo en estas áreas en específico.

9. En cuanto a autoestima, sería necesario hacer intervenciones a partir del género, ya que como se pudo observar, la autoestima en mujeres es inferior en comparación con los hombres. En ese sentido hay que investigar en cuáles son las áreas que están marcando las diferencias entre sexos. Hay que destacar que no se afirma que no hay que realizar trabajo con los varones, sino que hay que enfocarlo de distinta forma. Las mujeres están necesitando mejorar la actitud que tienen hacia ellas mismas, así que la opción sería trabajar desde el área de la psicología en el cambio de actitudes, además de los pensamientos y las emociones.

10. Finalmente, un factor que necesita de participación urgente es el área de percepción de riesgo. Como ya se mencionó, el nivel de riesgo percibido para el alcohol es bajo. Además, la percepción de riesgo más alta es una característica que se

presenta en mayor grado en las personas que no ingieren bebidas alcohólicas. Por lo tanto, surge la necesidad de pensar en desarrollar estrategias que tengan como objetivo aumentar la percepción de riesgo que se asocia con el alcohol, tanto en la población que no toma, como en la que si toma o abusa del alcohol. Para lograr esto, se requiere brindar información sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de consumir frecuentemente alcohol. Dar información acerca del consumo que se puede considerar como moderado o no peligroso (estos criterios tendrían que definirse con base en las diferencias de género, tipos de bebidas y situaciones en las que se bebe). Además de la información de los riesgos que se corren, es necesario pensar en un programa integral que abarque como objetivo mayor, la promoción de estilos de vida saludables, con una perspectiva de educación para la salud.

Como una cuestión adicional, existe un comentario final en torno a las propuestas de intervención. Se trata de una inquietud que surge a partir de la observación de la información recabada en el marco teórico y en los resultados. Esta inquietud es acerca de los factores que propician el consumo de alcohol y su relación con las estrategias preventivas que se aplican.

Es desde esa perspectiva que surge la interrogante de qué es lo que puede ocurrir en los pensamientos y emociones de un joven, que lo lleva a la decisión de beber. En muchas ocasiones, el brindar información no es suficiente para frenar el consumo; ya que actualmente, sobre todo en el contexto urbano y escolar, es muy probable que los jóvenes cuenten con información, recibida a lo largo de la vida y por diversas vías. Pero sin embargo y a pesar de ello, se sigue tomando.

Incluso, como se observa en este estudio, la percepción de riesgo es mayor en las mujeres y sin embargo, su consumo incrementa y se posiciona al mismo nivel que los hombres. Entonces, se necesita hacer una reflexión al respecto, para poder plantear nuevos retos y proyectos. Aunque la presente tesis no está orientada a ese objetivo, solo se hará un comentario al respecto.

Pareciera que algunas conductas en el ser humano están fuertemente fijadas y se siguen presentando a pesar de que el individuo es consciente de que estas le pueden ser perjudiciales. Este patrón de conductas incluye, la falta de apego a una dieta por parte de diabéticos, el que una mujer no pueda separarse de su pareja que ejerce violencia sobre ella, y por supuesto, el consumo de drogas y alcohol, solo por mencionar algunos ejemplos. Este tipo de conductas tienen un patrón común, ya que el sujeto sabe y entiende que cierto tipo de acciones le hacen daño a corto o largo plazo, pero a pesar de ese conocimiento, no deja de realizarlas. A partir de estas dificultades,

es necesario trabajar desde el área de la psicología clínica y social, para adaptar y crear estrategias terapéuticas que sirvan a dichos fines. Esto, claro, desde la prevención y el tratamiento.

Finalmente, es necesario comentar que el presente estudio se desprende de un proyecto mayor, enfocado a realizar encuestas trianuales con estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico. Estos estudios se realizan con la metodología necesaria, para contar con información que sea representativa de la región que se está estudiando. Estas encuestas o mediciones epidemiológicas tienen la capacidad de arrojar indicadores para conocer diversos aspectos en torno al consumo de drogas y los factores de riesgo y protección asociados al consumo. Estudios de esta naturaleza, requieren de altos grados de coordinación entre diversas instituciones, y que además arroja datos importantes sobre la extensión del consumo de drogas y el impacto de otros indicadores sobre esta problemática (Villatoro, Medina-Mora, Díaz y Fleiz, 2003). Además de estas ventajas, existe otro factor importante, que es el anonimato y confidencialidad de los datos. Al aplicarles a los estudiantes los cuestionarios, siempre se pone énfasis en el anonimato, además de que no se les pide ningún dato que pueda servir para identificarlos. Esto favorece la sinceridad de la persona al contestar, y se puede tener mayor certeza de que están reportando conductas que no reconocerían si tuvieran la sospecha de verse descubiertos ante sus papás o autoridades. Además, en la misma estrategia de levantamiento se incluye una acción de prevención especializada dirigida a los respondientes (Villatoro, et al. 2004).

Por otro lado, el cuestionario que se utiliza, cubre diversas áreas, que ya se comentaron en la sección de metodología, pero las preguntas necesariamente están elaboradas para arrojar posibles trastornos o problemáticas que se presenten. En ningún caso se puede considerar como un diagnóstico clínico. Es un instrumento de tamizaje, que arroja una visión de conjunto y a gran escala. En ese sentido, esta metodología es de gran ayuda para poder identificar los posibles casos y a partir de eso, hacer evaluaciones ya más precisas en los sectores de la población que se detectaron en riesgo, para que posteriormente, se hagan las intervenciones necesarias. Así pues, esta clase de estudios requiere tener un seguimiento adecuado, que proporcione una visión más fina o detallada de los problemas de mayor trascendencia.

En relación al estudio de las variables analizadas en el presente trabajo, se propone realizar investigaciones en el futuro, en donde se consideren otros factores que puedan incidir en el consumo de alcohol. Hay que recordar que se analizó la relación con autoestima y percepción de riesgo, y en análisis subsecuentes, se podrían estudiar

otros factores, con el propósito de poder diseñar un modelo predictivo del consumo de alcohol, que sea específico de este tipo de droga, y que se analice el impacto de cada factor. Así, se podrán diseñar modelos eficaces para incidir en el consumo de alcohol de lo adolescentes (el trabajo de Villa, et al, 2001 es aleccionador al respecto).

También se requiere investigar y elaborar una propuesta de prevención que tome en cuenta las diferencias de género y las características propias de los adolescentes.

Esta investigación arrojó datos que hacen evidente el aumento progresivo del consumo de alcohol, y se tiene conocimiento de un sinnúmero de consecuencias adversas que arrojan el consumir alcohol en exceso. Así pues, queda abierto un campo de acción muy grande, tanto para el área de investigación, como para la intervención. Es claro que el área del consumo de alcohol ha sido muy estudiada a lo largo del tiempo y desde diversas perspectivas y disciplinas. Se pueden encontrar estudios médicos, antropológicos, sociológicos, psicológicos, entre otros. Pero la problemática y las consecuencias adversas que produce el abuso y la posterior dependencia al alcohol, siguen justificando el que los profesionales de la salud tengan que seguir estudiando el área y busquen alcanzar un nivel alto de comprensión del fenómeno de consumo. En ese sentido, es necesario seguir en la búsqueda de modelos eficaces, que puedan disminuir los costos que arroja un consumo inmoderado de alcohol. Mientras se sigan reportando accidentes, muertes o cualquier acto indeseable, y que se asocien con el alcohol, se tendrá que seguir pensando en como mejorar las estrategias para que los individuos puedan manejar las bebidas alcohólicas de una manera más conciente.

REFERENCIAS

- Alcántar, E., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Navarro, C. y Blanco, J. (1999). ¿Es la autoestima un factor que ayuda al adolescente a tener éxito académico?. Revista SESAM, 3, 1, 5-8.
- Alcántara, H., Reyes, M. y Cruz, S. (1999). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. México: Centros de Integración Juvenil.
- Amador, J., Díaz, M., Ibarra, M., López, M., Facundo, J., Rocha, R. y Villatoro, J. (2002). El consumo de drogas en la ciudad de Rioverde, SLP. Resultados preliminares de la encuesta de estudiantes. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 145-147). México: CONADIC.
- Amador, J., Villarruel, C., Bustos, R., López, L. y Muñoz, A. (2002). Identificación de factores de riesgo psicosociales ante las adicciones en adolescentes de la secundaria de Ciudad Guzmán, Jalisco. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 149-152). México: CONADIC.
- American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª revisión. Barcelona: Masson.
- Arenas-Díaz, J., Castillo, G. y López-Alvarez, M. (2002). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Concentrado nacional de adicciones 2001. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 87-90). México: CONADIC.
- Argüelles, A. (1991). El alcoholismo en el Distrito Federal y las distintas estrategias para enfrentarlo. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología, Vol. 1. España: Mc Graw Hill.
- Berenzon, S., Carreño, S., Medina-Mora, M., Juárez, F. y Villatoro, J. (1996). El uso de alcohol entre la población estudiantil de nivel secundaria y bachillerato en el Distrito Federal. La Psicología Social en México, VI, 554-560.
- Berruecos, L. (1997). La influencia de la familia en las actitudes hacia el consumo de alcohol. Liberaddictus, 15, 18-19.

Castillo-Franco, I, Gutiérrez-López, A., Díaz-Negrete, B., Sánchez-Huesca, R. y Guisacruz, V. (2002). Sistema de información epidemiológica del consumo de drogas (SIECD) Centros de Integración Juvenil. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 63-81). México: CONADIC.

Castro, M. y Maya, M. (1987). El consumo de alcohol en la población estudiantil. Salud Mental, 10, 4, 52-58.

Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro. (2002a). Bebidas fermentadas y destiladas. Anudando, 3, 17, 15-16.

Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro. (2002b). ¿Cómo actúa el alcohol en el organismo?. Anudando, 3, 17, 24-25.

Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro. (2002c). Desarrollo histórico de las bebidas con alcohol. Anudando, 3, 17, 2-5.

Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro. (2002d). Factores de protección. Mitos y creencias. Anudando, 3, 17, 27-28.

Córdova-Castañeda, A., Muñoz, O., Guarneros-Chumacero, A., Rosales-Avilés, R. y Camarena-Robles, E. (2002). Instituto Mexicano del Seguro Social. Información 2001. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 83-86). México: CONADIC.

Díaz-Negrete, D., Arellanez-Hernández, J., y Martínez-Teviño, J. (2002). Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 133-135). México: CONADIC.

Douglas, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo. España: Paidós.

Escotto, J. (1999). El alcohol y sus enfermedades. México: JGH Editores.

Espinosa, E. (2000). La autoestima: un factor protector para el consumo de drogas en

- adolescentes estudiantes del Distrito Federal. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Jasso, A. y Muñoz, Y. (2002). Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo, autoestima y consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Kershenobich, D. y Vargas, F. (1994). Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En: Tapia-Conyer, R. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas (pp. 181-187). México: El Manual Moderno.
- Kumate, J. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. Conadic informa, junio, 6-11.
- Kuri-Morales, P., Alvarez-Lucas, C., Cravioto, P., García, E., Galván, F. y Tapia-Conyer, R. (2002). Sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones (SEED). En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 111-124). México: CONADIC.
- León, B. (2002). Percepción de riesgo ante el consumo de drogas. CIJ informa, 8, 26, 24-27.
- López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Acevedo, M. y Rojas, E. (1993). Percepción de riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D.F. Investigación psicológica, revista de la facultad de psicología, III, 1, 79-94.
- Martínez, M. (2002). Alcoholismo, adicción permitida. CIJ informa, 8, 26, 9-13.
- Medina-Mora, M. (1998). Beber en campo y ciudad. En: FISAC, Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México, (pp. 207-226). México: FISAC.
- Medina-Mora, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, F. y Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Salud Pública de México, 45: 16-25, 2003.
- Medina-Mora, M. Natera, G. y Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. (15-25). México: CONADIC.

- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Cravioto, P. y Fleiz, C. (2002). ¿Cómo influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas?. Conadic informa, boletín especial.
- Natera, G. y Nava, A. (1993). La prevención del consumo de alcohol en la familia. En: Psicología de la salud. Memorias. Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud, UNAM (Ed.). pp. 211-215. México: UNAM.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento, 10ª revisión. Madrid: Meditor.
- Peña-Corona, M., Feria, C. y Medina, A. (2000). Introducción. El consumo moderado de bebidas con alcohol y la salud. En: FISAC. El consumo moderado de bebidas con alcohol como factor de protección para la salud, ¿mito o realidad?. Cuadernos FISAC, no. 8 (pp. 11-16). México: FISAC.
- Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Secretaría de Salud. (2002). Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones. México: CONADIC.
- Tapia-Conyer, R., Kuri-Morales, P., Cravioto, P., García, E., Galván, F., Fernández, E., de la Rosa, B. y Ruíz, A. (2002). Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA). En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (pp. 33-61). México: CONADIC.
- Trejo, C. (2001). Adolescentes y jóvenes: diversión, sexualidad y consumo de alcohol. Liberaddictus, 50, 24-26.
- Villa, G., Villatoro, J., Cerero, L., Medina-Mora, M. y Fleiz, C. (2001). El rol de las normas familiares y el ambiente interpersonal en el consumo de alcohol de los adolescentes. SESAM. I, Año 5, 9, 6-11.
- Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J. y Medina-Mora, M. (2004). Encuestas de consumo de drogas de estudiantes III. 1991-2003. SEP-INPRFM. Disco Compacto. SEP-INPRFM. México. ISBN 968-7652-43-8.

Villatoro, J., Medina-Mora, M., Díaz, D. y Fleiz, C. (2003). Encuestas en población estudiantil. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones. (pp. 57-66). México: CONADIC.

Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M., Bermúdez, P., Castro, P. y Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. México: INP-SEP.

Zurita, J. (1997). Alcohol, hongos y tabaco en el mundo azteca. Liberaddictus, 15,12-13.

ANEXO 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Eres	Hombre.....1 Mujer.....2
2. ¿Qué edad tienes?	Años.....
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato indica el año que cursas)	Grado.....
4. La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante?	No fui estudiante el año pasado.....1 Fui estudiante de medio tiempo.....2 Fui estudiante de tiempo completo.....3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé.....1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias).....2 Si trabajé tiempo completo (8 h. diarias).....3

CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora, quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas

34. alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, “coolers”, brandy, vodka, o bebidas preparadas con este tipo de licores, como “piña colada”, o “medias de seda”?	Si.....1 No.....2
---	----------------------

35. ¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (Marca una respuesta para cada inciso).	Si	No	Nunca he bebido alcohol
a) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2	3
b) Bebidas como “coolers”, “viña real”, etc.	1	2	3
c) Cerveza	1	2	3
d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	1	2	3
e) Bebidas preparadas en lata como “Presidencola”, “Q-bitas”	1	2	3
f) Pulque	1	2	3
g) Alcohol puro o aguardiente	1	2	3

36. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?	Edad..... Nunca he tomado alcohol.....
37. ¿Con qué frecuencia has tomado 5 ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca en el último año.....1 Por lo menos 1 vez en el último año.....2 Una vez en el último mes.....3 De dos a tres veces en el último mes.....4 Una o más veces en la última semana.....5 No bebo alcohol.....6
38. Con qué frecuencia te has emborrachado?	Nunca en el último año.....1 Por lo menos 1 vez en el último año.....2 Una vez en el último mes.....3 De dos a tres veces en el último mes.....4 Una o más veces en la última semana.....5

	No bebo alcohol.....6
39. ¿Con qué frecuencia tomaste en el último año, 1 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, vodka, pulque, etc)	Menos de una vez en el último año.....1 De 1 a 2 veces en el último año.....2 De 3 a 11 veces en el último año.....3 De 1 a 3 veces en el último mes.....4 Una o más veces en la última semana.....5 No bebo alcohol.....6
40. ¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como “piña colada”, o “medias de seda”?	Nunca en el último mes.....1 Una vez en el último mes.....2 De dos a tres veces en el último mes.....3 Una o más veces en la última semana.....4 No bebo alcohol.....5

PERCEPCIÓN DE RIESGO

44. ¿Qué tan peligroso consideras que es: (circula una opción para cada inciso)

	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso
a) ¿Consumir marihuana?	1	2	3
b) ¿Consumir heroína?	1	2	3
c) ¿Consumir cocaína?	1	2	3
d) ¿Consumir inhalables?	1	2	3
e) ¿Consumir frecuentemente alcohol?	1	2	3
f) ¿Fumar 5 ó más cigarrillos diarios?	1	2	3
g) ¿Fumar 1 ó más cajetillas de cigarros al día?	1	2	3

AUTOESTIMA

55. Por favor indica que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones. (Marca una opción por cada inciso)

	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
a) Siento que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
b) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente	1	2	3	4
c) Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
d) En general estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4