

881225

UNIVERSIDAD ANAHUAC 4

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con estudios Incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México

24j



**PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y CONOCIMIENTOS SOBRE LAS
BEBIDAS ALCOHOLICAS EN UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE UNA
INSTITUCION EDUCATIVA SUPERIOR**

TESIS CON
VALLE DE CALZON

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:
MARIA DE LA CONCEPCION FERRER BERNAT
ANA MARIA HERNANDEZ CASTILLO

MEXICO D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGS.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	4
CAPITULO 1. ALCOHOLISMO	
1.1. Concepto de alcoholismo	7
1.2. Antecedentes históricos	18
1.3. Causas	22
1.4. Prevalencia	29
1.5. Consecuencias	36
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO	
2.1. Características del adolescente	45
2.2. La adolescencia y su relación con el consumo del alcohol	50
2.3. Educación para la salud	57
CAPITULO 3. METODO	
3.1. Diseño de la investigación	69
3.2. Sujetos	71
3.3. Instrumentos y aparatos	72
3.4. Procedimiento	76
CAPITULO 4. RESULTADOS	79
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	90
APENDICES	
Apéndice 1	100
Apéndice 2	114
Apéndice 3	118

R E S U M E N

El presente trabajo es el resultado de un proyecto de investigación que tuvo como objetivo fundamental conocer los patrones de consumo de alcohol y las opiniones y conocimientos sobre sus efectos en el organismo, en una muestra de estudiantes jóvenes de una institución de educación superior de la ciudad de México. Se trata de una investigación de carácter evaluativo con el fin de determinar el patrón de consumo, las opiniones y los conocimientos que tienen una muestra de estudiantes sobre el alcohol en cuanto a sus efectos en el organismo.

El trabajo parte de un marco teórico que se refiere tanto al alcoholismo (definiciones, conceptos, antecedentes históricos, causas, prevalencias y consecuencias) como a la adolescencia y su relación con el alcoholismo. Se incluyen también algunos conceptos generales relacionados con la educación para la salud.

Se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo: "A mayor conocimiento que el joven tenga sobre el alcoholismo y sus efectos en el organismo, menor será el patrón de consumo" y - "A mayor conocimiento que el joven tenga sobre el alcoholismo y sus efectos en el organismo habrá menos opiniones irresponsables".

La muestra total estuvo formada por 253 sujetos de

los cuales 151 eran hombres y 100 mujeres, dos sujetos no contestaron el reactivo correspondiente al sexo; las edades fluctúan entre 15 y 30 años, con una media de 22.5

El instrumento que se utilizó en esta investigación es un cuestionario con un total de 88 items, contenido en cuatro partes (datos socioeconómicos, patrón de consumo, opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas y razones para beber y por último conocimientos sobre las bebidas alcohólicas).

Se realizó un análisis descriptivo de los datos y para la comprobación de las hipótesis se utilizó la prueba de χ^2 . No se encontró una relación significativa entre conocimiento sobre bebidas alcohólicas y las opiniones tanto positivas como negativas hacia su uso; en cuanto a la relación entre el patrón de consumo y el conocimiento de alcohol y sus efectos en el organismo no se encontró ninguna significancia; en cuanto a la relación hacia el uso de bebidas alcohólicas con el patrón de consumo, tampoco se encontró significancia.

Los resultados de la investigación nos arrojan los siguientes datos: el 64% son abstemios, el 23% son bebedores responsables y el 13% son bebedores excesivos. A pesar de que no hay una grave patología en el patrón de consumo, y de que las opiniones son responsables sobre el uso de bebidas alcohólicas, los sujetos carecen de

conocimientos sobre su uso y sus efectos en el organismo, por lo que consideramos que la vía de la educación sería una de las alternativas para solucionar este grave problema que es el alcoholismo.

Lo anterior resulta importante si observamos el promedio de edad de alto porcentaje de abstemios que, de no tener información adecuada, pueden caer en problemas de abuso del alcohol, lo mismo que los bebedores responsables que ante una situación conflictiva pueden ver al alcohol como una solución temporal a su problemas o como un reductor de su nivel de angustia y frustración.

I N T R O D U C C I O N

El alcoholismo es un grave problema de salud pública que por su trascendencia y magnitud afecta al individuo física, psicológica y socialmente. (Berruecos, 1991: com. personal)

Según la Organización Mundial de la Salud (1980), los estragos causados por el consumo immoderado del alcohol se presentan en varios niveles en cuanto al individuo, causan severas alteraciones en el organismo - principalmente en el hígado-, ocasionando cirrosis hepática, enfermedad que en México figura entre las cinco principales causas de defunción entre los 25 y 26 años de edad; ocasiona también problemas gastrointestinales, circulatorios y alteraciones psicóticas graves.

A nivel familiar, el alcoholismo contribuye a la desintegración del núcleo familiar, con un mal ejemplo de los padres a los hijos y su mal trato, y coadyuva al aumento de la delincuencia de los jóvenes, la pérdida de amistades, además de los daños que ocasiona al feto si la madre bebe durante el embarazo. (Berruecos, 1991: com. personal).

Para la sociedad, este trastorno tiene consecuencias tales como el ausentismo laboral, los actos de violencia, los accidentes de tránsito, la pérdida de mano de obra

calificada, los altos costos que implica atender a los problemas ocasionados por el alcohol a nivel de los servicios legales y sobre todo los de la salud.

El Dr. Fernández Varela (1983), señala algunos estudios que proveen estadísticas sobre las repercusiones que el consumo inmoderado del alcohol ocasiona en nuestra sociedad. Por ejemplo, en 1981, en la ciudad de México el 81.7% de las intoxicaciones que se atendieron en los hospitales, fueron causadas por la ingestión inmoderada de alcohol; la mortalidad causada por cirrosis hepática en nuestro país ocupa el noveno lugar entre las causas de defunción con una tasa de 20 por 100,000 habitantes. La relación entre el abuso del alcohol y los actos violentos en forma de accidentes, lesiones y homicidios es muy alta: en 1981 los accidentes ocuparon el primer lugar como causa de muerte entre la población de 15 a 55 años de edad. En una proporción elevada de los actos de violencia no menor de 50%, el alcohol ha estado presente en los protagonistas. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, en 1981 a través de su "Programa Nacional de Prevención de Accidentes", pudo establecer que el alcohol es un factor asociado en un 50% en todas las muertes por vehículos de motor, causando alrededor de 25,000 casos al año. De esta información se infiere que los problemas más relacionados con el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas se encuentran entre los principales problemas de salud pública en el país.

En nuestro país, es el conjunto de instituciones del Sector Salud quienes deben por ley resolver y afrontar los problemas del abuso del alcohol, tanto a nivel de prevención, como de tratamiento y rehabilitación.

Se considera que a la población adolescente es a la que más atención se le debe de dar, ya que es en esta edad cuando se empieza a beber, por lo que se sugiere que se de información adecuada y educación para beber responsablemente (Cesaal, 1990). Así pues, el objetivo central de esta investigación radica en el estudio a nivel diagnóstico de los conocimientos de los jóvenes acerca del alcohol y sus efectos sobre el organismo y la sociedad puesto que si aún no han caído en el alcoholismo, que pueden hacerlo en el futuro, con la idea de que esta exploración inicial sirva a quienes deben dedicarse a los niveles preventivos de educación sobre el consumo responsable del alcohol, partiendo de la base de que siempre es mejor saber, que ignorar y que para prevenir, hay que informar.

El conocer el grado de profundidad con que la población joven se enfrenta al alcohol y sus problemas asociados, servirá, sin duda alguna, para crear a la larga y a través de los programas preventivos, patrones de responsabilidad en el consumo del alcohol entre los jóvenes.

CAPITULO 1. ALCOHOLISMO.

1.1. CONCEPTO DE ALCOHOLISMO

En el permanente intento de comprenderse a sí mismo y a lo que le rodea, el hombre ha desarrollado conceptos mágicos, convicciones religiosas, sistemas filosóficos y teorías científicas.

"Desde que el hombre existe, se ha preocupado por preservar su salud y evitar los acontecimientos que (según lo ha creído) provocan las enfermedades que lo aquejan. La enfermedad fue para el hombre, y lo es aún, en ciertas comunidades llamadas "primitivas", castigos administrados por ciertos instrumentos de voluntades divinas que de manera inexorable se instalan en el cuerpo de quien lo merece. No obstante, siempre se ha buscado el remedio, bien sea la obtención de un favor especial de un demonio más importante, el acontecimiento milagroso o la sustancia que cura. Poco a poco el hombre ha ido adquiriendo mayor conocimiento acerca de la etiología de las enfermedades, lo que ha abierto nuevas perspectivas para su tratamiento y prevención." (Velasco Fernández, 1985: p.12).

Todas las comunidades han tratado de dar una explicación de sus afecciones. Ortiz Quezada (1982), señala que el hombre primitivo trató de encontrar la razón de la

enfermedad en el mundo sobrenatural, y por ello la religión, la magia y la medicina son inseparables; en ese mundo el brujo y el médico incurrierían en la misma persona. Por otro lado, afirma que para los antiguos pobladores de Mesopotamia, la enfermedad era un castigo de los dioses por la violación de una norma moral. También para los antiguos egipcios, la salud y la enfermedad estaban relacionadas con las deidades; la vida era preparación para la muerte y tenía que ser vivida con plenitud. Ra, el dios del Sol, ocupaba el lugar más alto del panteón; Isis, madre tierra primaria, era adorada como diosa de la curación.

En otras civilizaciones, como las prehispánicas, utilizaban ritos mágicos para combatir la enfermedad. Explicaban a la enfermedad como causa de castigos enviados por los dioses a los cuales les dedicaban ofrendas para mantenerlos contentos. (Díaz Leal, 1982).

La cultura china fue la primera que planteó "que la enfermedad no era un castigo sino el resultado de un actuar contrario a las leyes de la naturaleza, de Tao (camino), y de la alteración en la justa interrelación que debe guardar el Ying y el Yang, cualidades básicas. La enfermedad también podría ser causada por fuerzas más allá del control personal". (Díaz Leal, 1982: p. 48). Esta nueva concepción de la enfermedad permitió a los chinos atender los problemas de salud en el nivel preventivo, además de que

servió de cimiento para el desarrollo científico de los conceptos sobre la salud y enfermedad.

No es posible entender el alcoholismo, si no entendemos el concepto de salud, por lo que Velasco Fernández (1983), afirma que "la idea de salud no se puede comprender si antes entender lo que es la enfermedad" (p.11). El concepto moderno de enfermedad es una fusión de la teoría ontológica (concibe a las enfermedades como entidades bien definidas y reconocibles por la presencia de signos y síntomas característicos que obedecen a una etiología determinada y que poseen una historia natural propia), y de la teoría fisiológica (el órgano enfermo no presenta nada, ya que el proceso importante de la enfermedad es un desorden en las funciones orgánicas en donde el indicio principal es la fiebre). Para entender este concepto de enfermedad se debe saber que el ser humano es una unidad biopsicosocial y que la salud y la enfermedad son dos fases de la vida. La salud presenta la fase de adaptación de un organismo a su medio y la enfermedad es una falta en el intento del organismo por mantener el proceso biológico, autorregulador que conserva el equilibrio del cuerpo con su medio interno y externo, es decir la homeostasis.

La enfermedad es: "El estado que se presenta en el individuo cuando los estímulos físicos, psicológicos o

sociales inciden sobre él con una suficiente intensidad y una determinada cualidad, de tal modo que la movilización adaptativa del organismo no es suficiente para reestablecer la homeostasis". (Velasco Fernández, 1985: p. 19).

La enfermedad provoca un problema social que se debe atender dentro de la sociedad junto con los factores económicos, sociales, políticos y culturales. (Díaz Leal, 1982).

Por salud se entiende cuando el individuo, tomándolo como unidad biopsicosocial, responde a los estímulos normales y nocivos de su hábitat de tal modo que la homeostasis no se rompe y la adaptación al medio se mantiene. "Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades". (Organización Mundial de la Salud: O.M.S. citado en Velasco Fernández, 1985: p. 21).

El individuo enfermo o sano se organiza en tres niveles que pueden estar influenciados por estímulos tanto internos como externos. Estos niveles son: el fisiológico, el psicológico y el social. Es decir, las enfermedades pueden ser físicas o mentales. En las físicas predominan los síntomas y signos somáticos y en las mentales los psíquicos.

Los trastornos mentales provocan pérdida de autodominio, ansiedad y actitudes evasivas. "El éxito en la

adaptación al medio, y a la propia cultura, es un elemento que entra en el concepto de salud mental; así se puede decir que la enfermedad es la falta de los mecanismos psicológicos de adaptación de un organismo, para sobreponerse adecuadamente a los estímulos nocivos que lo afectan". (Velasco Fernández, 1985: p. 31).

Salud mental es: "La capacidad de engranarse en un mundo compartido por los demás y construido con las experiencias cotidianas de la vida". (Bleuler, 1936, citado en Velasco Fernández, 1985: p. 32).

El estado de salud mental es indispensable valladar contra el alcoholismo; por lo tanto, algunas condiciones que caracterizan un estado de salud deseable son:

- a) Un funcionamiento eficaz como unidad independiente y autónoma.
- b) Una interacción social adecuada.
- c) Una capacitación objetiva de la realidad propia y la del mundo, sin muchas deformaciones causadas por factores emocionales.
- d) Un intento de realización de las auténticas posibilidades personales.
- e) La capacidad de amar genuinamente a los demás.
- f) Un comportamiento individual que tiende a realizar los valores universales.
- g) Ausencia de la sintomatología propia de las entidades

psicopatológicas clínicamente reconocibles. (Velasco Fernández, 1985: p. 33-34).

Según Velasco Fernández (1985), el alcoholismo merece atención especial, tanto como trastorno psiquiátrico que altera gravemente la conducta con las negativas y evidentes repercusiones económicas, sociales, familiares e individuales, como también porque representa un serio problema de patología general.

Hay casi tantas definiciones del alcoholismo como, investigaciones del problema:

"El alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espiritual". (Ford, 1951, citado en Velasco Fernández, 1985: p. 24).

"Alcoholismo es cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa algún daño al individuo, a la sociedad o ambas". (Jellinek, 1960, citado en Velasco Fernández, 1985: p. 49).

Actualmente, la definición más aceptada por los organismos internacionales (O.M.S y O.P.S) es la del Dr. Mark Keller: "El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicossomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su

capacidad para el trabajo". (Keller, 1960, citado en Velasco Fernández, 1985: p. 50).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha propuesto varias definiciones. En el primer Informe de la Primera Reunión del Subcomité de alcoholismo, en Ginebra (O.M.S.; 1950) se definió al alcoholismo de manera descriptiva y sintomática implicando una desviación del grupo, más que un malestar individual: "Alcoholismo es toda forma de ingestión del alcohol que excede el consumo alimenticio tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sea el origen de los mismos respecto a la herencia, la constitución física, y las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas". (Guerra, 1977: p. 30, citado en Rodríguez, 1988).

En 1952 la O.M.S. formuló una definición que pone hincapié en la patología subyacente del sujeto alcohólico: "Los alcohólicos son los bebedores cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien que ya presentan los pródromos de tales manifestaciones". (O.M.S. , citado en Velasco Fernández, 1985: p. 48).

Una definición posterior de la O.M.S. enfatiza aspectos del malestar individual: "Alcoholismo es un

aspecto conductual crónico manifestado por el consumo repetitivo de bebidas alcohólicas excediendo el uso dietético y social de la comunidad en una medida que interfiere con la salud del bebedor o con su funcionamiento social o económico" (Guerra, 1977: p. 31, citado en Rodríguez, 1983).

En el Manual de Estadística y Diagnóstico Revisado (DSM. III R, APA, 1987), se describen tres patrones principales de Abuso o Dependencia del Alcohol Crónico. El primero consiste de una ingesta regular diaria de grandes cantidades; El segundo, una ingesta fuerte, regular, limitada a los fines de semana; El tercero consiste en largos períodos de abstinencia, que se combinan con brotes de ingestión fuerte diaria que perdura semanas o meses.

En el mismo manual (DSM III R) que es la fuente más autorizada en psiquiatría y ciencias de la conducta, en el capítulo de Desórdenes Mentales Orgánicos, se incluyen aquellos desórdenes mentales orgánicos atribuibles a la ingesta de alcohol y se subdivide de la siguiente manera, con sus respectivos criterios para el diagnóstico.

303.000 Intoxicación Alcohólica.

- A. Ingestión reciente de alcohol (sin evidencia que sugiera que la cantidad fue insuficiente para causar intoxicaciones en la mayoría de las personas).

- B. Cambios de la conducta maladaptativos (disminución de impulsos sexuales y agresivos, labilidad emocional, juicio deteriorado, deterioro en funcionamiento social y laboral.)
- C. Por lo menos uno de los signos que se presentan a continuación:

- 1) Lentitud en el habla
- 2) Falta de coordinación

No debido a trastorno físico u otro trastorno como el caso de delirio por retirada del alcohol.

291.00 Delirio por abstinencia de alcohol.

- A. Delirio que se desarrolla después de suspender una ingesta fuerte de alcohol o una reducción en la cantidad de alcohol ingerida (usualmente en el transcurso de una semana).
- B. Marcada hiperactividad autónoma; taquicardia, sudoración.
- C. No debido a trastorno físico u otro trastorno mental.

291.000 Alucinaciones Alcohólicas.

- A. Alucinaciones orgánicas con alucinaciones vividas y persistentes (auditivas y visuales) que se desarrollan en breve tiempo (normalmente en 48 horas) después de reducir o suprimir la ingesta excesiva de alcohol en una persona que aparentemente tiene una dependencia alcohólica.

- B. No existen delirios como el delirio por retirada del alcohol.
- C. No se debe a ningún desorden físico u otro desorden mental.

291.10 Desorden Amnésico por Alcohol.

- A. Síndrome Amnésico posterior a una ingesta de alcohol excesiva y prolongada.
- B. No se debe a ningún desorden físico u otro tipo de desorden mental.

291.20 Demencia Asociada al Alcoholismo.

- A. Demencia posterior a una ingestión de alcohol excesiva y prolongada que persiste por lo menos tres meses después de suprimir la ingestión de alcohol.
- B. Exclusión, por historia clínica, exploración física y exámenes de laboratorio, de todas las causas de demencia, excepto de aquella producida por un uso excesivo y prolongado del alcohol.

291.40 Intoxicación Alcohólica Idiosincrática.

- A. Cambios conductuales desadaptativos; conducta agresiva, ocurriendo minutos después de ingerir una cantidad de alcohol que sería insuficiente para producir intoxicación en la mayoría de las personas.

- B. La conducta es atípica de la persona cuando ésta no está tomada.
- C. No se debe a ningún desorden físico u otro trastorno mental.

291.80 Abstinencia no Complicada de Alcohol.

- A. Suspensión de una prolongada ingesta fuerte de alcohol (algunos días o más) o reducción de la cantidad de alcohol ingerida, seguido pocas horas después por temblor de manos, lengua, párpados y por lo menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1) náusea o vómito
 - 2) Malestar o debilidad
 - 3) Hiperactividad autónoma, taquicardia, sudor, presión arterial elevada.
 - 4) ansiedad
 - 5) depresión o irritabilidad
 - 6) alucinaciones o ilusiones transitorias
 - 7) dolor de cabeza
 - 8) insomnio

Como puede verse, hay varias definiciones clínicamente reconocibles de esta enfermedad y que, basadas en opiniones expertas, sirven de parámetro en el diagnóstico.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

El alcohol es una bebida que ha existido desde que el hombre aprendió primero a fermentar los frutos y después a destilar los granos.

El alcohol también llamado etanol, se produce en grandes cantidades por fermentación de líquidos que contienen los azúcares sencillos, glucosa de uva y fructuosa (azúcar de frutos), o a partir de hidratos de carbono que se pueden convertir con facilidad en aquellos, tales como sacarosa, almidón o celulosa, en un líquido incoloro de olor característico. Es miscible totalmente con el agua.

La mayor cantidad de alcohol la consume el hombre, parte en forma de licores, mezclas artificiales de alcohol, agua, azúcar y esencias y parte en forma de bebidas alcohólicas obtenidas de productos naturales que contienen azúcar o almidón, por diferentes fermentos, como es el caso del pulque, la cerveza y el vino. Por destilación de estos líquidos fermentados se transforman, frecuentemente, en bebidas de mayor contenido alcohólico, denominadas coñac, ron, ginebra, whisky, etc. (Diccionario Enciclopédico Espasa, 1979).

A través de diversos estudios, se ha encontrado que el uso de bebidas alcohólicas data desde 4000 años antes de

Cristo. La miel parece ser el primer producto vegetal que se hizo fermentar y los primeros destilados fueron el aguamiel de algunas plantas. Las bebidas alcohólicas producidas por la fermentación, ocuparon un lugar importante en la humanidad y aún permanecen en ella.

La bebida fermentada que data de más antigüedad según los historiadores es el vino, obtenido del mosto de las uvas, cocido por la fermentación. Del vino han hablado los egipcios, griegos, romanos e incluso la Biblia.

Así tenemos que en Egipto hay pruebas de que el vino era conocido hace 5 milenios en inscripciones que se encuentran en las tumbas murales de los faraones. En la Biblia existen, favorables unas y adversas otras, 165 menciones en relación con el vino. El islamismo, que nació en Arabia, erradicó por completo el cultivo de la vid. En el Corán (Libro Sagrado de los Musulmanes) se establece la prohibición del uso del vino. Los árabes fueron los descubridores del alambique en el siglo X, pero fue 600 años más tarde cuando el término alcohol empezó a usarse como sinónimo de bebida embriagante. (Román Celis, 1985).

Se cree que fue en Grecia el primer país de Europa donde se hacía el vino. Los romanos empezaron a hacer buen vino un siglo antes de nuestra era, y fue aquí cuando el alcoholismo alcanzó gran proporción. Con las conquistas guerreras y colonización de los pueblos, los romanos

extendieron el cultivo a las Galias, la cuenca del Rhin y a la Península Ibérica. El mayor desarrollo de la vinicultura fue en la Edad Media con la propagación del cristianismo ya que el vino era necesario para la celebración de la misa y así se extendió a toda Europa. (Román Celis, 1985).

En México, los pueblos prehispánicos no conocieron el cultivo de la vid y la crianza de los vinos hasta la colonización española. En el México prehispánico, el pulque (octli) era la bebida típica de los indígenas; provenía de la fermentación del aguamiel del magüey. Se le consideraba como bebida sagrada y era dotada de facultades curativas, su uso estaba restringido a los sacerdotes, guerreros, viejos y a los que iban a morir; los demás solo podían beberlo una vez al año sin llegar a la embriaguez, la cual estaba severamente castigada, ya que desde la antigüedad sabían los efectos que tenía el abuso de ingerir pulque y porque su exceso sacaba al hombre de su juicio, por lo que estaba prohibido (Velasco Fernández, 1984). Se ha señalado que en época prehispánica, además del pulque se bebían fermentados de maíz como el tesgüino (parecido a la cerveza) y licores de frutas (Berruecos, 1985).

Con la Conquista (1521), y con ella la derrota y esclavización de los indígenas, se dejó ver al pulque como bebida de unos cuantos para pasar a ser licor de los

vencidos y así se extendió el alcoholismo, además de que ya no estaban en rigor las leyes que castigaban la embriaguez.

Con la conquista, se introdujo al país el vino, la cerveza y las bebidas importadas, dejando atrás su carácter religioso y medicinal, convirtiéndose así en negocio para los españoles y criollos y se establecieron expendios de pulque y tabernas. "Esto acarreó la acumulación de enormes fortunas al amparo de una terrible alcoholización de indios y mestizos, puesto que los grupos dominantes encontraron que una población envidiada era fácil de controlar y someter". (Bernal Sahagún, 1983: p. 21.).

En la Independencia, hubo aumento en la cantidad de cantinas (que eran los lugares de reunión); se producía la cerveza en gran escala al igual que el tequila. Había preferencia por las bebidas de alta graduación y empezó a declinar la producción del pulque.

En el Porfiriato (1877 a 1880 y 1884 a 1911) hubo auge industrial en diversas ramas pero la de bebidas alcohólicas adquirió gran importancia, aumentó la producción al igual que se instaló la industria de envases de vidrio. Comenzó el desarrollo de la publicidad de bebidas alcohólicas en carteles.

De 1921-1945, en el período revolucionario y la reconstrucción, hubo elevados consumos de alcohol. En 1921 gracias a la facilidad de transporte, conservación y

centros de distribución, hubo gran expansión del alcohol en México. De 1946 a 1960 a causa de la Segunda Guerra Mundial hubo un intercambio internacional. Vinieron empresas transnacionales con gran experiencia en la comercialización y producción de bebidas alcohólicas.

En la época prehispánica, el alcoholismo no representaba un problema grave; a partir de la época colonial, hubo una preocupación por sus consecuencias. Durante la etapa virreinal, el alcoholismo se concebía como un vicio degradante y no es sino hasta los años recientes que se empezó a concebir como una enfermedad. (Bernal Sahagún, 1983).

En la actualidad, se ha incrementado el consumo excesivo de alcohol, representando un problema muy serio que afecta de gran manera a nuestra sociedad.

1.3 CAUSAS

El alcoholismo se origina de una interacción compleja de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales. (Velasco Fernández, 1985).

En psicología y sobre todo a partir del psicoanálisis se ha tratado de buscar una personalidad prealcohólica o rasgos de carácter típico del alcohólico, pero no hay rasgos específicos que puedan explicar el origen o la

evolución del alcoholismo ni hay una "personalidad alcohólica". Se ha encontrado que el alcoholismo acentúa algunos problemas psicológicos como son: la culpabilidad y la pérdida de la autoestima. Se concluye así que: existen diferentes tipos de individuos alcohólicos cuyas personalidades difieren ampliamente y cuya iniciación en el consumo excesivo de alcohol (o de otra droga) lo mismo que sus necesidades de tratamiento, son también muy diferentes. (Velasco Fernández, 1983).

El alcohol tranquiliza, disminuye o suprime sentimientos desagradables: la angustia y la depresión. La persona que bebe en exceso utiliza el alcohol como una droga que altera su percepción del mundo, o para aliviar sus sentimientos hacia sí mismo. El alivio es pasajero y puede volver a repetirlo, hasta llegar al alcoholismo. (Velasco Fernández, 1983).

La persona insegura o la que pone en duda su estima encuentra en la bebida la posibilidad de eliminar temporalmente sus sentimientos. La persona que bebe demasiado usa muchas veces al alcohol como una droga para alterar la percepción de un mundo que ve difícil, o para mitigar sentimientos acerca de sí mismo con los cuales le resulta difícil vivir. (Edwards, 1986).

Durante mucho tiempo se creyó que los factores psicológicos eran causantes del alcoholismo, pero en la

actualidad se ha comprobado que es un factor influyente entre muchos otros y no determinante. El problema del alcoholismo y el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas que estaba enmarcado en el campo de la Salud Mental, recientemente ha sido abordado por los profesionales de las ciencias sociales debido a que afecta de múltiples maneras las esferas familiar y social. El problema del alcoholismo es multifacético y se debe estudiar con un enfoque multidisciplinario. (Berruecos, 1985).

El alcoholismo debe ser considerado como una enfermedad y para entenderlo se debe de dar importancia al stress social. Cuando un individuo se enferma, el tipo de enfermedad que adquiere y la clase de tratamiento que recibe, depende de factores sociales. (Berruecos, 1985).

Debido a que el alcoholismo es un problema social, puede ser investigado por cualquiera de las ciencias sociales, ya que no respeta clases y se presenta en todos los sectores de población.

Las culturas definen la forma socialmente aceptada de ingerir alcohol y sus efectos aceptables e inaceptables entre los miembros de la sociedad que conforman una cultura. El patrón de ingestión de alcohol es un elemento básico de la cultura ya que sirve para marcar roles sociales, status individual y social y de pertenencia a grupos sociales. Además la sociedad define quién, cuándo y con quién se puede o no beber.

Las diferencias sexuales en la ingestión, también representan una parte importante de las culturas y la cultura además define a qué edad es lícito beber alcohol. Hay diferencias de clase, status y etnicidad en cuanto a la ingestión de alcohol dependiendo de la sociedad. Los patrones de ingestión de alcohol han ido cambiando junto con la sociedad y por lo general, el consumo del alcohol se hace colectivamente: beben más los hombres que las mujeres, el consumo del ebrio solitario está mal visto puesto que se asocian motivaciones patológicas de la personalidad social. (Berruecos, 1983).

En muchas sociedades el alcohol es visto como un elemento nutritivo, como tranquilizante, como medicina y para tratar enfermedades específicas. Cada sociedad tiene sus formas peculiares de beber, define los lugares donde puede hacerse y marca los límites del consumo.

En la vida del hombre, el alcohol lo acompaña en todos los ciclos principales de su vida (nacimiento, aceptación social, formar pareja, eventos laborales, etc.).

Velasco Fernández (1985), señala que hay sociedades que ingieren más alcohol que otras. Los grupos sociales con menor índice de alcoholismo presentan características como:

- "a. Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre en un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluido.

- b. Las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- c. Las bebidas se consideran como alimentos y se consumen con las comidas.
- d. Los padres son ejemplo de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- e. No se les dá un valor subjetivo a estas bebidas.
- f. La abstinencia es socialmente aceptada.
- g. No se acepta socialmente el exceso en el beber, que conduce a la intoxicación.
- h. Hay un acuerdo respecto a las reglas del beber". (p. 61).

La sociedad le exige al individuo "una serie de funciones que debe desarrollar y un conjunto de tareas que tiene que llevar a cabo; cuando éstas entran en contradicción con la personalidad del individuo, con sus principios morales y con sus experiencias, se produce un estado de frustración y/o ansiedad que puede conducir al sujeto a la búsqueda de satisfactores; en este contexto, el consumo de bebidas alcohólicas puede producirle la sensación de un cambio sustancial de su situación". (Velasco Fernández, 1983: p. 61).

Un elemento primordial entre los factores sociales y culturales que intervienen en el desarrollo del alcoholismo, es la familia. (Velasco Fernández, 1985).

La familia es el primer elemento con que tiene que enfrentarse el individuo y del que toma los primeros elementos del aprendizaje, valores, normas, costumbres, tradiciones y en general todos los elementos del llamado proceso de socialización. Las experiencias tenidas dentro de la familia determinarán en gran parte el desarrollo de la personalidad del individuo; si éstas son negativas, el individuo tendrá mayor probabilidad de desarrollar desórdenes en la conducta. "Los estudios que consideran a la familia como elemento importante en la génesis y desarrollo del alcoholismo se centran en los elementos de formación de la personalidad; en la importancia que adquiere la actitud y la conducta de los padres hacia la bebida y en experiencias negativas (como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar etc.), que contribuyen a crear desorientación e insatisfacción y la búsqueda de satisfactores como el alcohol y otros fármacos". (Velasco, 1983: p. 61).

Desde los tiempos prehispánicos hasta nuestros días, han existido leyes para combatir el alcoholismo, mismas que no son eficaces. (Bernal, 1983).

Desde una perspectiva de la oferta, la industria de bebidas alcohólicas constituye un sector importante en la economía del país ya que, por un lado genera empleos y por otros impuestos. (Bernal, 1983).

Desde el punto de vista económico la sociedad mexicana corresponde al esquema capitalista donde coexisten dos clases fundamentales: sometidas y dominantes. Las condiciones y las relaciones de producción, distribución y consumo, han sido impuestos por una clase a la gran mayoría. (Olivares, 1983).

La industria de bebidas alcohólicas constituye un sector importante en la economía mexicana y los economistas sostienen que tanto generan impuestos para el Estado como fuentes de trabajo para la población, pero que las repercusiones económicas del uso exagerado de estas bebidas se reflejan en los accidentes de tránsito, los accidentes laborales, el ausentismo, los gastos médicos de hospitalización, la violencia, los homicidios, los suicidios, el mal trato a los hijos, el divorcio, en suma, desorganización social.

La industria del alcohol, desde el punto de vista económico es buena porque genera divisas cuando se exporta, genera trabajo, genera riqueza y la utilidad genera impuestos. Por lo tanto, implica desarrollo desde el punto de vista económico; pero es muy negativa en cuanto a su reflejo y consecuencias sociales posteriores, que van más allá del ámbito económico. (Mejía, 1983).

Todas las industrias hacen uso de la publicidad para aumentar el consumo de bebidas alcohólicas, lo cuál implica

un gasto de cientos de millones de pesos. Esto es muy grave porque se induce indirectamente a la población al consumo del alcohol. (Selser, 1983).

El alcoholismo se desarrolla cada vez más, debido entre otras cosas, al modelo consumista y es motivo de altas ganancias para un sector y representa beneficios sociales como el de generar empleos y riquezas.

1.4 PREVALENCIA

En México, no se desconoce la gravedad que ocasiona el alcoholismo en nuestra sociedad: muchos investigadores y estudios han destacado los estragos que causa el problema, incluso el presidente Miguel de la Madrid advirtió la importancia que el problema del alcoholismo tiene en la salud: "Combatir el alcoholismo es un reto que debemos afrontar con voluntad de trabajo. Es un crimen contra la nación beberse en alcohol el alimento de la infancia". (De la Madrid, 1982).

Considerando las estadísticas es evidente que la situación se está agravando cada día más, puesto que en 1910 había cerca de 170.000 inválidos por el alcoholismo y en 1985, de acuerdo con el Consejo Nacional Antialcohólico, la cifra llegó a dos millones. (Velasco Fernández, 1988).

Berruecos (1988), proporciona los datos más relevantes

obtenidos de las investigaciones sobre el alcoholismo en México, a través de los estudios realizados durante los últimos 25 años.

AUTOR	AÑO	DATOS PROPORCIONADOS
Cabildo	1958 1960	Se detectaron siete alcohólicos por cada 1 000 en una muestra de población burócrata (Velasco, 1983).
Calderón	1961	El 2.7% de 83 pacientes internos en hospitales psiquiátricos de la SSA son alcohólicos (Calderón, G., 1968).
Elizondo	1962	Existen 1 317 000 alcohólicos en el país.
Berruecos	1970	Existen 150 000 expendios de bebidas alcohólicas en el país, 600 000 inválidos por alcoholismo y el consumo anual por habitante es de 29.1 litros de bebidas alcohólicas (Berruecos, 1975).
Berruecos	1971	El consumo anual en la República es de 1 504 595 899 litros de alcohol (cerveza, pulque, tequila, aguardiente y vinos de mesa). (Berruecos, 1983)
Campillo	1971	En México, el 18% de los accidentes de tránsito se deben al consumo excesivo del alcohol (Berruecos, L., 1983).
SHCP	1972	Se recaudaron 1 750 millones de pesos por concepto de impuestos a las bebidas alcohólicas. El 47.6% de los certificados de defunción indican cirrosis hepática. (Berruecos, 1983).
Iberra	1973	México ocupa el segundo lugar en América Latina en relación con el consumo de bebidas alcohólicas (4 452 por cada 100 000 habitantes; en 1956, había 662 000 inválidos por alcoholismo). La cirrosis ocupa el noveno lugar como causa de muerte. El 70% de los accidentes de tránsito se relaciona con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, (Iberra, 1973; Velasco, 1983).
Medina, M. y Cols.	1974	El 6.0% de la población mayor de 14 años en el D.F., bebe consuetudinariamente. (Velasco, 1983).
Coplaner	1975	La cirrosis es la causa de muerte en el 0.5% de la población de entre 15 y 2 años. (Berruecos, 1983).
Velasco, R.F.	1975	El consumo anual per cápita en la población mayor de 15 años es de 61.1 litros. De 1 504 millones de litros consumidos, 1 197 son de cerveza, 240 pulque, 40 de aguardientes, 2 de vino y 25 de tequila; de cada 100 adultos ocho son alcohólicos. Los problemas derivados del alcoholismo redujeron la productividad en un 20% (Velasco, 1975).

A U T O R	A Ñ O	DATOS PROPORCIONADOS
Dirección General de la salud mental, SSA.	1975	Hay 59.18 alcohólicos por cada 100 habitantes. (Guerra, 1977).
Berruecos	1976	Veinte de cada 100 000 habitantes mueren debido a la cirrosis hepática en población mayor de 20 años. En febrero de 1977, existían 100 000 expendios clandestinos en la zona norte del D.F., su introducción clandestinamente al D.F., de 375,000 litros de bebidas alcohólicas cada semana, aunque los datos oficiales señalaban solo 8 000. Existían en el D.F., 1 165 pulquerías 8 500 000 plantas de maguey (16 millones menos que en 1980) y en la industria del alcohol trabajan 700 000 personas. (Berruecos y Velasco, 1977; Berruecos, 1981 y 1982).
Guerra	1977	Los problemas derivados del alcoholismo ocasionan pérdidas laborales que corresponden a dos meses y medio cada año. El promedio de estancia hospitalaria es de 625 horas por cada derechohabiente del IMSS. En 1970, el 7.1% de los accidentes de tránsito se relacionaron con el alcoholismo, contra 6.9% en 1958. El D.D.F., informa que en 1977 había 116.8% alcohólicos por cada 100 mil habitantes que el 9% de los accidentes de tránsito se debía al alcohol y que había 7 establecimientos por cada mil adultos (Guerra, 1977; Aceves, 1975).
Cabildo	1977	De 452 matrimonios celebrados en 1973, hubo un 10% de divorcios y 2.5% de separaciones debido a problemas relacionados con el alcoholismo, (Berruecos, 1977).
De la Fuente	1977	El promedio de muerte por cirrosis hepática entre los 40 y 59 años es de 20 por cada 100 000 (Calderón, 1976).
Berruecos y Cols.	1977	El costo del ausentismo por alcohólicos es de cuatro millones de días no trabajados. El 51% de las lesiones y el 15% de los accidentados de tránsito se relacionan de alguna manera con el alcohol. Según Cabildo y Cols., el 2% de los trabajadores faltan diario a sus labores por problemas de alcoholismo. De una muestra de 550, 18.72 son bebedores en 1950 y el 16.9% en 1971; se deben a problemas relacionados con el consumo de alcohol. En 1970, de 33 321 defunciones por accidentes de tránsito, el 70% se relacionan con el alcohol. Cada 3 hrs., 57 min., ocurre un accidente de tránsito, debido al consumo de alcohol. En 1974, según el Servicio Médico Forense, México ocupaba el tercer lugar en accidentes de tránsito relacionados con el alcoholismo; cada año se derrumban 900 semáforos y el 57.9% de los cadáveres autopsiados tienen rastros de alcohol en la sangre. (Berruecos y Velasco, P., 1977).

AUTOR	AÑO	DATOS PROPORCIONADOS
Mayoral	1977	El alcoholismo es mas frecuente entre los 25 y 55 años; hay un alcohólico por cada 75 habitantes (uno de cada 53 es obrero y 10 hombres por cada mujer). Hay 500 000 alcohólicos en el país. El 57% de los accidentes de tránsito se deben al consumo de alcohol. Se venden anualmente 1 200 millones de litros de cerveza y 25 millones de litros de tequila. (Guerra, 1977)
Guerra	1977	El 7.1% de los accidentes de tránsito se deben al consumo de alcohol; según la SSA, el 28% de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos son alcohólicos. De cada 100 000, 4.5 padecen psicosis alcohólica. En el tribunal para menores del D.F., el 54.7% de los padres y el 16.3% de las madres de los internos consumen bebidas alcohólicas. El 27% de los casos atendidos en puestos de socorro de la Cruz Verde son por intoxicaciones con el alcohol y el 38% de los prisioneros internos por homicidio, cometieron los delitos en estado de embriaguez. (Guerra, 1977).
CHE/CSR	1978	Das terceras partes de los mayores de 18 años en una muestra del sur de la ciudad de México, son bebedores (el 64% son hombres). En general la tasa de alcoholismo es de 13%. (Velasco, p. 1583).
Medina Mora	1980	Hay un 25% de bebedores regulares en la Paz, B.C., y 6% de bebedores consuetudinarios en el D.F. En una muestra de 444 sujetos, el 13% consume consuetudinariamente. El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los grupos de escasos ingresos y entre los 25 y 34 años. (Medina Mora, 1980).
SSA	1980	Existen 870 642 inválidos por alcoholismo, contra 168 999 que había en 1990 (Berrucos, 1983).
Velasco	1980	La tasa de alcoholismo es de 5 por cada 1 000, según un cuestionario aplicado por médicos y de 7 por cada 1 000, según un cuestionario aplicado por enfermeras. De acuerdo con la SSA, hay entre 9 y 12 alcohólicos por cada 1 000 y de acuerdo con la Dirección General de rehabilitación de la SSA, en 1971, había 160 000 inválidos por alcoholismo y 900 000 en 1980.
IMP	1980	En 1971, la tasa de alcoholismo oscilaba entre 5.7% para los mayores de 20 años. El 18% de los accidentes de tránsito y el 25 del ausentismo laboral se deben a problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. La tasa de alcoholismo varía según el autor, la muestra analizada y el año: 8.5 por cada 1 000 en población abierta (Cabildo, 1958); 9.8 en muestra nacional (Dir. Gral. Salud Mental, 1960); 12.3 burocratas (Cabildo, 1967) y 7.0 en población militar. (Ayuso, 1968).

A U T O R	A Ñ O	DATOS PROPORCIONADOS
Watera y Cols.	1981	Los hombres beben mas que las mujeres y preferentemente los fines de semana. (Watera, 1981).
Benavides y Casillas	1981	De 5 500 estudiantes, el 30% son bebedores ocasionales y el 20% bebedores habituales. (Benavides y Casillas, 1981).
Tovar y Cols.	1981	La tasa de alcohólicos en el país es de 9 por cada 1 000. El fenómeno se da tanto en el medio rural como en el urbano. (Tovar, 1981).
Calderon	1981	Anualmente, hay mas de 10 000 muertos por cirrosis hepática 34 000 por efectos directos o indirectos de la ingestión de alcohol. El 27% de una muestra de 23 sujetos del Hospital Psiquiátrico de la SSA, presenta problemas de alcoholismo. En general, la tasa es de 4.5 por cada 100 000 pacientes con psicosis alcohólica. (Calderón, 1981).
SSA	1982	Existen 6 500 000 alcohólicos en México; el 50% de ellos tiene entre 12 y 18 años, el 65% se encuentra en edad productiva. Cada año 75 000 adolescentes empiezan a presentar problemas de alcoholismo; uno de cada diez sujetos que tienen entre 15 y 60 años, es alcohólico. En 1981 hubo 10 000 muertes por cirrosis hepática. Entre el 13 y 25% de los enfermos que se hospitalizan, lo hacen por problemas de alcoholismo. El 75% de los estudiantes universitarios consumen bebidas alcohólicas. (SSA, 1982).
Pucheu	1982	Un estudio realizado por el INP entre 1974 y 1978 en cinco ciudades reveló que existe un 6% de bebedores consuetudinarios; un estudio realizado en 13 hospitales del D.F., indica que el 77.5% de las hospitalizaciones se deben a intoxicación alcohólica. En 1976, en el D.F., había un 12% de bebedores consuetudinarios (mayores de 16 años). (Pucheu, 1982).
Quinter	1983	La producción de bebidas alcohólicas se ha incrementado durante los últimos años: de 1965 a 1975 en un 100%. En marzo de 1979, el 25% del gasto publicitario en televisión fue de bebidas alcohólicas y en 1978, el 36.8% de los impuestos indirectos fue en el mismo renglón. La Procuraduría Federal Informa que en 1983, en México había 5 999 000 inválidos por alcoholismo (40% mujeres) y el INCO indica que el gasto anual de cada mexicano en alcohol en 1983 fue de 2 500 pesos contra 159 en 1979. (Quinter, 1983).

A U T O R	A Ñ O	DATOS PROPORCIONADOS
García Travesí	1983	Según la SSA., uno de cada diez mexicanos es alcohólico; 1971, la tasa de mortalidad por cirrosis se incrementó en un 2.5. De acuerdo con el Dr. Bustamante (Academia Nacional de Medicina) en 1980 había entre 1 260 000 y 1 600 000 alcohólicos y en 1982, el consumo anual per cápita ascendió a 47 litros que representaron un gasto de 200 000 millones de pesos. La cifra de alcohólicos entre 1972 y 1975 varió de 1 500 000 a 1 700 000. (Comisión de Salubridad de la SSA., 1982). (García Travesí, 1983).
De la Fuente	1983	Con una tasa de 20 por cada 100 000, la cirrosis se ha mantenido en noveno lugar como causa de mortalidad. Entre 5.7 y 7% de los sujetos de mayores de 14 años en México, son alcohólicos (alrededor de 1.7 millones). En cuanto a mortalidad en general, la tasa por alcoholismo es de 39.7 por 100 mil; el 50% de los casos de violencia, el 18% de accidentes de tránsito y el 81.7% de las intoxicaciones atendidas en los hospitales es por un consumo excesivo de alcohol. (De la Fuente, 1983).
Kerszenobich	1983	México es una de las naciones que tiene mayor número de enfermos cirróticos. (Kerszenobich, 1983).
Fernández, V.	1983	El 64% de los delitos contra las personas se cometen en estado de embriaguez. En 1983, La Comisión Legislativa de la Cámara de Diputados estimó que había 6 000 000 de alcohólicos y el 50% de ellos, entre los 14 y 23 años de edad (el 65% en edad productiva). (Fernández, 1983).
Velasco, R.	1984	En México cada vez se consume mayor cantidad de bebidas con alto contenido alcohólico (aguardientes de grano y de uva). (Velasco, 1983).
Esquivel	1985	En nuestro país y en el mundo entero se ha aumentado el consumo de bebidas alcohólicas y se ha incrementado en cifras alarmantes el número de pacientes alcohólicos. (Esquivel, 1985).

1.5. CONSECUENCIAS

Desde el punto de vista médico, el alcohol, que es una sustancia que se diluye 100% en el agua y que debido al pequeño tamaño de su molécula se mueve fácilmente a través de las membranas por difusión simple, es absorbido fácilmente por el tubo gastrointestinal, especialmente por el intestino delgado y también en menor grado por el estómago y el intestino grueso. Su velocidad de absorción se ve afectada por el vaciamiento gástrico y por la cantidad y calidad de alimentos. Después de que es absorbido por el intestino pasa al hígado que lo metaboliza y de ahí a la circulación sanguínea, y a los órganos con mayor flujo sanguíneo (cerebro, hígado, pulmones y riñones). Por su gran facilidad de difusión, el alcohol pasa a la leche materna, a la placenta, y al humor vítreo, a los líquidos cerebro-espinal, a la bilis, saliva, orina y aire respiratorio. (Guevara, 1985).

El alcohólico padece una enfermedad generalizada, aunque predominan las alteraciones en un sólo órgano, por ejemplo: lesiones hepáticas.

Varios son los órganos afectados por la ingestión excesiva y continua del alcohol durante un lapso prolongado de tiempo, también son derivadas varias las enfermedades; las principales se exponen a continuación.

1. Efectos del alcohol sobre el aparato digestivo.

"El alcohol afecta el aparato digestivo tanto por su efecto irritante local como su eliminación a través de diversas secreciones digestivas y fundamentalmente, por los efectos tóxicos que tiene la misma sustancia y sus metabolitos sobre el hígado y otros órganos." (Guevara, 1985: p. 107).

En la boca, un gran número de pacientes alcohólicos padecen hipovitaminosis (Lengua grande) además de enfermedades dentales. El alcohol produce estímulo en la secreción salival y está exagerada cuando hay deseo por ingerir alcohol. (Kersenobich, 1983).

Esófago: El abuso de ingestión de alcohol produce en el esófago trastornos motores y esofagitis debido al efecto irritante directo de la sustancia sobre la mucosa esofágica. Además produce hemorragia digestiva. Se produce debido al efecto tóxico sobre la membrana mucosa.

Los trastornos más frecuentes de la función intestinal de un alcohólico, son diarreas (movilidad intestinal anormal), pérdida de peso (por desnutrición), deficiencias multivitamínicas por mala absorción de vitaminas en el intestino o por deficiencias alimenticias.

Cólon: Se ve afectada la movilidad colónica (constipación y diarrea).

Páncreas: Produce pancreatitis alcohólica, la cual es

una complicación grave que puede ser mortal y es difícil de manejar. (Guevara, 1985).

Hígado: Este es el órgano más afectado ya que ahí el alcohol se metaboliza en su mayor parte. El alcohol no puede ser almacenado; en seguida se lleva a cabo su oxidación. El primer paso es la oxidación del etanol en acetaldehído, el cual es un producto altamente reactivo que interfiere con varios aspectos de la función celular. En el hígado se producen varias lesiones por la ingestión excesiva de alcohol después de varios años, como hepatitis alcohólica, hígado graso, colestasis inducida por el alcohol y cirrosis. Estas enfermedades son reversibles si se abstiene de beber y se detectan en sus inicios; si no es así, se llega a la muerte. (Pérez Tamayo, 1985).

2. Enfermedades endócrinas y metabólicas

La ingestión aguda continua durante mucho tiempo de alcohol afecta directamente el hipotálamo, hipófisis y el metabolismo de las hormonas sexuales provocando en el hombre atrofia testicular, disminución de la libido y en la mujer amenorrea, infertilidad y disminución en la libido. (López, Amor, 1985).

El alcohol provoca alteraciones en el metabolismo, hipoglucemia e intolerancia en los carbohidratos y desnutrición.

3. Efectos del alcohol sobre el metabolismo mineral y la función renal.

La ingestión aguda de alcohol produce un aumento en la diuresis; por ello y por las pérdidas gastrointestinales aumentan la intoxicación alcohólica, se elimina potasio, calcio y magnesio. Hay hipertensión arterial que se eleva si se aumenta la ingestión del etanol.

Los alcohólicos crónicos con enfermedad hepática presentan insuficiencia renal aguda. (Bolaños, 1985).

4. Efectos del alcohol en el sistema hemático.

La ingestión excesiva de alcohol, especialmente cuando es repetida, produce alteraciones en todo el tejido hemático y en forma indirecta en los elementos sanguíneos protegidos en los que intervienen la coagulación de la sangre, produciéndose carencias nutricionales, lesiones hepáticas y hemorragias del tubo digestivo. Produce anemia debido a la deficiente alimentación. (Ver: Sánchez Medal, 1983 y 1985).

5. El alcohol interactúa con los medicamentos

Produce cambios en su composición farmacológica; además puede afectar la absorción de los medicamentos y modificar su absorción o metabolismo (Ver lección 5, Cesaal, 1990).

6. Enfermedades respiratorias

La neumonía es más fuerte y prolongada en los alcohólicos al igual que la tuberculosis. (Pérez Tamayo, 1985).

7. Corazón

El exceso de alcohol, algunas veces produce cardiopatía alcohólica, la cual da a sujetos masculinos de 50 años y tienen un índice de mortalidad muy elevado. (Pérez Tamayo, 1985).

8. Músculos

Aquí se ven los efectos producidos por la ingestión alcohólica como miopatía alcohólica, la cual se presenta después de un período de alcoholismo intenso, si se suspende la ingestión, la enfermedad es reversible, (clínicamente se demuestra por intensos dolores musculares, debilidad y atrofia). (Pérez Tamayo, 1985).

9. Daño fetal en el embarazo de la mujer alcohólica

Representa un alto riesgo en el feto el beber con exceso sobre todo cuando la madre ingiere gran cantidad de alcohol entre la segunda y octava semana de gestación. Cuando la madre bebe en los últimos meses de embarazo, se ven afectados el peso y la talla del producto.

A las anomalías que presentan los niños recién nacidos de madres alcohólicas se les conoce como "Síndrome Fetal Alcohólico" y tiene las siguientes características: alteraciones en el sistema nervioso central donde el retraso mental es el peor daño fetal y el más común ocasionado por el alcohol, además de presentar hiperactividad, irritabilidad, temblores y debilidad en el reflejo de succión. Hay microcefalias, crecimiento inadecuado, cambios faciales y malformaciones congénitas internas. Muchas veces el embarazo termina en aborto o parto prematuro. (Serenó, 1985; Pérez Tamayo, 1985).

10. Alteraciones producidas en el Sistema Nervioso

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central. "La acción deprimente que tiene el alcohol sobre el sistema nervioso es debido en realidad, a la impregnación del tejido por el propio alcohol; lo mismo ocurre con los anestésicos y los hipnóticos". (Nieto, 1983: p. 121).

Se debe hacer una diferencia entre intoxicación aguda (ésta raramente ocasiona la muerte) y la crónica: es aquí donde se presentan los trastornos psiquiátricos. El alcoholismo desarrolla alteraciones caracteriológicas que dificultan las relaciones interpersonales y familiares, el rendimiento y la productividad en el trabajo. La

organización social y familiar se dificulta de manera tal que el sujeto no obedece las normas sociales hasta llegar a la delincuencia. (Berruecos, 1991: com. personal)

El alcoholismo crónico desarrolla trastornos mentales. El cuadro más agudo debido a la intoxicación crónica es el "delirium tremens" el cual se presenta de un día para otro, se caracteriza por un estado de confusión mental y no hay conciencia; aunque sí un delirio intenso, temblor y alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, en general en todas las esferas sensoriales. Si el enfermo alcohólico que tuvo delirium tremens sigue bebiendo alcohol, puede llegar a desarrollar el Síndrome de Korsakov, el cuál se caracteriza por la pérdida de la memoria de retención y falseamiento del recuerdo; con frecuencia el daño es irreversible. El Síndrome de Wernicke es otro trastorno derivado del consumo excesivo; aquí se producen fenómenos de tipo alucinatorio y un estado de confusión mental pasajero. Paranoia alcohólica es un cuadro de delirios de celos peligrosos que pueden llegar a la criminalidad. (Nieto, 1983).

Se considera de importancia en este apartado, definir la intoxicación o ebriedad patológica: "Se caracteriza por una respuesta anormal ante la ingestión de dosis bajas de alcohol: desorganización de la conducta (con agitación a veces extrema), cambios espectaculares del humor (del

llanto a la risa o la violencia), agresividad explosiva y amnesia variable; bajo circunstancias especiales, el individuo puede llegar al homicidio a pesar de que la dosis ingerida sólo ocasiona en la gran mayoría de los sujetos normales discreta euforia y aumento de la capacidad de convivencia". (Velasco Fernández, 1984: P.12).

El que el alcoholismo pueda ser calificado como una verdadera enfermedad, depende de que los síntomas y signos a los que comunmente dá lugar, sean suficientes para describir una entidad específica. Estos síntomas y signos son: la desorganización de carácter, disminución de la capacidad de concentración y atención, temblores, insomnio, síntomas somáticos recurrentes como cefalea, disfunción vesical, espasmo muscular, fatiga, palpitaciones, disminución del umbral para desarrollar convulsiones y tolerancia que es el incremento progresivo de la resistencia a los efectos de una droga, de tal manera que el sujeto tiene que ingerir cada vez mayores dosis para obtener los efectos esperados; esto se representa en etapas iniciales. (Velasco Fernández, 1985).

Las consecuencias del alcoholismo no se dirigen únicamente al área personal (física o mental) sino que afectan el contexto o ambiente o sociedad donde se desarrolla el individuo alcohólico.

El alcoholismo y el abuso de la ingestión de bebidas

alcohólicas es capaz de perturbar la conducta humana y el hombre se convierte en un agresor potencial de sí mismo, de su familia y de la sociedad: 1) de sí mismo, ya que se daña física y mentalmente además de sus intereses personales, profesionales, sociales y económicos; 2) agresor de su familia, ya que deshace a ésta olvidando sus reponsabilidades morales y económicas; 3) socialmente, ya que el hábito lo lleva a cometer delitos imprudenciales, cae en desprestigio ante sus amigos, también con sus jefes o compañeros de trabajo y pierde su trabajo por ausentismo y porque le han perdido la confianza.

Desde el punto de vista laboral, García Travesí (1985), señala que "el 15% de la fuerza productiva de México se nulifica por el alcoholismo, lo que representa una pérdida económica de más de doscientos mil millones de pesos al año". (p. 127).

El alcoholismo es un fenómeno que abarca todas las facetas de la existencia humana y por lo tanto constituye un grave problema social (Avila Cisneros, 1983).

CAPITULO 2: ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO

2.1 CARACTERISTICAS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo de transición de momento y duración variable, que marca el final de la niñez y crea los cimientos de la maduración. Desde el punto de vista biológico, su inicio está marcado por la aceleración final del crecimiento y el inicio del desarrollo sexual secundario, cuya cronología es variable ya que puede empezar a los nueve años ó también a los 17 ó 18 años y terminar desde los 15 ó 16 años a los 24 ó 25 años.

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia está marcada por una aceleración del desarrollo cognitivo y de la formación de la personalidad, y va seguida por la independencia respecto a los padres y la adquisición de un papel laboral adulto. Socialmente, es un periodo de preparación intensificado para asumir un papel adulto, y su terminación queda establecida cuando se le otorgan al adolescente prerrogativas adultas plenas, cuya naturaleza y momento de concesión varía ampliamente de una a otra sociedad. (Freedman, 1983).

Las tareas del adolescente, el camino que el adolescente ha de recorrer hacia la adultez se caracteriza por:

- internalización de los valores
- reformulación de un sentimiento de identidad
- actualización de la auténtica vocación
- individualismo mediante la emancipación de los padres
- integración de un completo y armónico desarrollo de la sexualidad y,
- encuentro de un sentido de existencia. (Serruecos, Villalobos, 1981)

El período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad. En la actualidad existe un desacuerdo entre quienes gozan de autoridad en la materia, acerca de que si los problemas de los adolescentes se han agudizado en los años recientes, con el consiguiente incremento de las dificultades y de los conflictos de los adolescentes en relación con la cultura de los adultos. "Algunos observadores dicen alarmados que la juventud de hoy es más rebelde, más trastornada emocionalmente, más promiscua sexualmente, menos idealista y más crítica de los valores y de las normas de la cultura adulta, de la cual se siente más separada; hasta citan, como ejemplo de estado negativo, la manera peculiar que tienen los jóvenes en cuanto su arreglo, modas y música.

Otros observadores dicen que los adolescentes de hoy

son más listos y mejor informados que sus padres, su conducta sexual es más franca, sincera y tolerante que la de sus padres; que sienten una mayor preocupación por el bienestar de los demás y además son más auténticamente idealistas.

Un tercer grupo de observadores afirman que toda generación de adultos ha tendido a alarmarse un tanto ante el espectáculo que ofrecen sus sucesores y que siempre han existido diferencias entre generaciones por lo que toca a las creencias políticas, a los gustos y a las modas." (Mussen, y otros, 1977: p.p. 674-675).

Gran parte de la confusión actual en lo que respecta a la adolescencia es debido a la tendencia a suponer de que todos los adolescentes son iguales. Es cierto que los adolescentes comparten cierto número de experiencias comunes, como por ejemplo, todos sufren los cambios fisiológicos y físicos de la pubertad; todos tienen la necesidad de establecer su propia identidad; además todos se enfrentan a la necesidad de ganarse la vida y de abrirse camino como miembros independientes de la sociedad. Pero a pesar de estas semejanzas, no todos los adolescentes son iguales y no todos se enfrentan a las mismas exigencias de su ambiente.

El adolescente que ya no es un niño ni todavía un adulto, se dedica afanosamente a determinar quién es y en

qué debe convertirse, examina a sus padres desde una perspectiva más crítica y tiende a buscar más su sentimiento de pertenencia en los grupos de compañeros. Si sus relaciones con sus padres han sido edificadas sólidamente y si sus padres se enfrentan con sus dudas y críticas con una comprensión empática, este desequilibrio momentáneo conduce a una resíntesis de sus relaciones con ellos sobre una base firme y duradera , señalada por el respeto recíproco y por la independencia personal sin abandono de la lealtad filial. Si al contrario la relación ha sido de excesiva dependencia u hostilidad, la crisis de la adolescencia puede ser prolongada y conducir a un fracaso de la emancipación o a un rechazo de los lazos familiares, con un sentimiento duradero de aislamiento.

Nuestra sociedad impone algunos obstáculos a la independencia completa respecto a la familia, la preparación para una vocación suele requerir un entrenamiento prolongado, hasta la obtención de educación superior, por lo que el adolescente se ve obligado a depender económicamente de sus padres y ésto les produce ansiedad y conflicto. Esto también varía según la cultura y el nivel socioeconómico.

Los adolescentes enfrentan diferentes clases de problemas por la diferencia del ambiente familiar. Unos pueden aceptar los modelos de conducta moral de sus padres,

mientras que otros han alcanzado ya un nivel en el cual desean experimentar con diferentes normas de conducta. A medida que maduran tienden a establecer sus propios modelos éticos. (Díaz Leal, 1983: 14).

La búsqueda de la identidad se ve notablemente influida por los grupos de compañeros. Si son grupos sociales constructivos que proporcionan salidas creadoras para la energía del adolescente, el resultado es una sensación de pertenencia significativa a la comunidad y la identificación con sus objetivos. Pero si por el contrario el grupo de compañeros es una pandilla de delincuentes que tienen valores negativos, es probable que la consecuencia sea una organización antisocial de la personalidad.

El fenómeno de las pandillas de adolescentes no es nuevo, es tan viejo como la misma adolescencia. Los muchachos buscan afirmarse; así, ellos consideran que son más fuertes para oponerse a los padres o para evadirse de ellos, o de las dificultades de la vida, del trabajo; entre ellos se busca una amistad, una diversión "un mundo mejor".

Las pandillas de adolescentes revelan los profundos temperamentos de los jóvenes, hay muchas clases de pandillas y se escoge la banda según la forma de ser de cada chico. (Babin, 1967). En culturas como la mexicana la época de la adolescencia se prolonga quizás demasiado en comparación con otras sociedades occidentales.

Principalmente a los adolescentes de la clase media y alta se les fomenta la dependencia, incluso después de haber definido su vocación. En esta edad todavía no le permiten adquirir la autonomía que proporciona el ser económicamente autosuficiente y se les perpetúa como hijo de familia en un estado de dependencia que no es compatible con su desarrollo biológico. Esta situación contrasta fuertemente con el adolescente de clase baja, se le dan prematuramente responsabilidades como cumplir con obligaciones propias del adulto e indispensables para la sobrevivencia de él y su familia. Por estas razones se acelera demasiado su madurez. Ese adolescente que no ha podido disfrutar de todo aquello propio de su edad se abruma por el peso de las reponsabilidades y termina muchas veces deprimido. Tanto en uno como en otro caso, el conflicto y la angustia son los resultantes; en unos, por la perpetuación del infantilismo y la irresponsabilidad y en otros, por esperar que ellos suplan y llenen todas las carencias que los padres sufrieran en su proceso de desarrollo. (Aíza, 1982).

2.2 LA ADOLESCENCIA Y SU RELACION CON EL CONSUMO DEL ALCOHOL

Dentro de las poblaciones afectadas por este problema, se ha considerado a los jóvenes como un grupo de

riesgo especial, ya que se les considera como estando particularmente expuestos a sufrir problemas relacionados con éste (Molina Piñeiro, 1983). En varios países, se han acumulado pruebas de que la proporción de jóvenes que consumen alcohol se halla en aumento, las cantidades y la frecuencia del consumo del alcohol están ascendiendo y la edad a la que se comienza a beber es cada vez menor. (Rodríguez, 1988).

Esta tendencia puede implicar que dentro de pocos años, el riesgo de que ocurran problemas relacionados con el alcohol se eleve, y si a su vez la edad de consumo es más temprana, los problemas relacionados a su consumo aparecerán antes, serán más duraderos y alcanzarán proporciones mayores que cuando el comienzo de su uso, aparece en una edad más tarde. Por lo tanto, a nivel mundial, parece haber suficientes pruebas que afirman que los jóvenes se encuentran en grave riesgo de sufrir problemas derivados del consumo del alcohol. (Rodríguez, 1988).

Varios estudios hechos en diferentes países muestran que la proporción de jóvenes adolescentes que consumen bebidas alcohólicas se ha incrementado en los últimos 30 años, consumen mayor cantidad y más frecuentemente y el hábito está empezando a edades más tempranas. (O. Jeanneret, 1983).

En México en particular, el alcoholismo es un problema complejo que afecta nuestra sociedad a todos los niveles y se ha visto que el consumo del alcohol, es común en jóvenes, ya que algunas veces forma parte del proceso de socialización, debido a que los introduce a grupos sociales y a ciertas situaciones socioculturales (Evelbak, 1981: citado en Rodríguez, 1988).

En diferentes estudios realizados en México se ha encontrado que el alcohol es la droga de mayor uso entre los jóvenes, y la droga de inicio que posteriormente se vincula con el uso de otras drogas. (Molina Piñeiro, 1983). Además está asociado a problemas como suicidio, accidentes de tráfico, mortalidad y problemas laborales y legales.

Para muchos jóvenes el beber y el fumar representan símbolos de acercamiento a la edad adulta. (North, 1980).

El consumo de alcohol por los adolescentes representa una parte de la realidad social de una sociedad donde el consumo de bebidas alcohólicas juega un papel social definido.

La adopción de un patrón de consumo representa un fenómeno de desarrollo para el adolescente comenzando en sus hogares y desplazados progresivamente hacia la influencia del grupo de pares. (Ritson; citado en O. Jeanneret, 1983).

Los factores causales fundamentales en esta etapa del

desarrollo, que llevan al alcoholismo aún son desconocidos. La mayoría están de acuerdo en que una compleja red de interacciones sociológicas, psicológicas y biológicas, dan lugar a los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Zucke (1976; citado en Barnes y Welte, 1986), habla de que tomar en exceso, problemas relacionados con el consumo y actividades antisociales, representan diferentes formas de expresión de sistemas similares de necesidad.

A su vez Mckey (1963, citado en Barnes, 1977), en un estudio plantea que las causas de beber son: una reacción o una manera de manejar sus problemas personales, tales como: tristeza, enojo y deseo por olvidar situaciones de displacer, y siendo las características de personalidad que correlacionan con el consumo excesivo de alcohol: agresividad, impulsividad, baja auto-estima, ansiedad excesiva, depresión y una falta de éxito en obtención de metas. También encontraron que los adolescentes con problemas de consumo del alcohol eran más tolerantes a conductas desviadas y daban poca importancia a la religión y no buscaban éxito académico. (citado en Rodríguez, 1988).

Se puede ver la problemática del consumo de alcohol como una defensa contra una autoimagen negativa y un autorechazo (Gold y Mann, 1912, Kaplan y Polcoomy, 1978; citado en Brauncht, 1982).

Por otro lado, con base en la imagen social asociada

al uso de alcohol por el adolescente, (citado en Rodríguez, 1988), se sugiere que el uso de alcohol puede servir para comunicar ejecución del rol sexual de manera simbólica. Los adolescentes beben para demostrar un rechazo al rol femenino tradicional.

También Jessor y Jessor 1975, afirma que convertirse en bebedor es un aspecto integral del proceso de desarrollo del adolescente. El tomar entre jóvenes puede ser conceptualizado como una conducta social aprendida que es parte del proceso de socialización y que forma parte de la anticipación a la transición de la infancia a un status de adulto (citado en: Rodríguez, 1988).

Puede discutirse que la influencia paterna y el ejemplo de los padres sean el principal factor en el desarrollo de la conducta de tomar. Muchos estudios al hablar de la relación entre el consumo de alcohol y los amigos, enfatizan que los amigos se escogen con base a patrones de conducta similares; por lo tanto el grupo de compañeros provee un contexto social para beber y refuerza la conducta que previamente se aprendió en casa. Examinando a los hijos de alcohólicos, se encontró que este grupo es considerado como uno de particular alto riesgo para el desarrollo de problemas de alcohol y por lo tanto debe señalarse como objeto de primordial intervención y tratamiento en etapas tempranas. (Forsslund y Gustafson, 1970; citado en Wilks y Callan, 1984).

"El alcohol para el adolescente puede ser un paliativo para la ansiedad, la ira y la desesperación que generan estas frustraciones; mitiga temporalmente la dolorosa confusión de sentimientos, al mismo tiempo proporciona un máximo de optimismo y excitación, en tanto que la intoxicación y el caos de la conducta del ebrio dan expresión a la agresión; y la energía natural y la condición física de esta edad garantizan la intensidad de todo este caos. La bebida también brinda compañía y la necesarísima aprobación de los amigos". (Edwards, 1986: p. 136).

Un riesgo del joven que tiene una dependencia por el alcohol es que la bebida se vuelve su prioridad dejando a un lado sus amistades y su trabajo, presentando algunos problemas y crisis que se reflejan y que son: gastritis, pancreatitis, diarrea, epilepsia, obesidad, impotencia, violencia, depresión, bajo rendimiento en el trabajo, suicidio. (citado en O. Jeanneret, 1983).

En países desarrollados existen indicios de que los adolescentes que han consumido alcohol en exceso se encuentran en particular peligro de sufrir accidentes automovilísticos, por su falta de experiencia, aunada al efecto del alcohol. Por lo tanto, parecen existir suficientes pruebas para afirmar que los jóvenes se encuentran en grave riesgo de sufrir problemas que se

deriven del consumo de alcohol. (OMS, 1980). Mientras más frustrante es la vida cotidiana, es indudable que más bebedores habrá, puesto que el alcohol es el ansiolítico más usado por la humanidad desde tiempos remotos, aunque con mayor intensidad en esta época que se rinde culto a los ídolos, la televisión y al alcohol. En la televisión se le hace una enorme publicidad, al igual que en carteles, revistas, radios y enormes anuncios carreteros, lo cual constituye un factor importante para que aumente el número de personas consumidoras de alcohol, sobre todo entre los jóvenes, tan sensibles a este tipo de impactos. (Avila Cisneros, p. 247; Molina Piñeiro, 1983).

Es muy poco probable que el adolescente se vea afectado a esta edad por el síndrome de dependencia, pero debe de ayudársele antes de que éste se presente. Los peligros también son sociales, al joven que se le deje hundirse más en el problema está en peligro de quedar atrapado. Ritson, menciona que muchos expertos opinan que la abstinencia es muy difícil de lograr para jóvenes adictos al alcohol por lo que es preferible enseñar al adolescente nuevas formas para reestablecer su manera de beber para que así no se dañe. (citado en O. Jeanneret, 1983).

El hábito de ingestión del alcohol comienza en la juventud y es difícil de eliminar por lo que entre más se

sepa sobre las características que tiene su consumo entre los jóvenes, mayores serán las posibilidades de planear acciones concretas que permitan su control.

2.3 EDUCACION PARA LA SALUD

Después de lo hasta aquí expuesto, y para fines del presente trabajo, por educación se entiende "todo proceso intencional o natural, que fomenta el desarrollo integral del educando". Se considera integral, porque el proceso de aprendizaje involucra a la persona tanto en su mente y en su cuerpo como en su mundo externo. La acción educativa modifica la conducta produciendo una variación cualitativa. El aprendizaje se da no solo cuando se asimila la información, sino cuando los contenidos asimilados provocan una respuesta, del ser total en sus dimensiones biopsicosocioculturales. El término desarrollo; connota que el sujeto sufre un cambio cualitativo que es para mejorar; se da un avance, una superación.

Como una parte del proceso de educación, la educación para la salud es especialmente en el desarrollo de hábitos adecuados que ayuden al individuo a adaptarse adecuadamente a su medio ambiente.

La educación para la salud tiene como principal objetivo, según la UNESCO, el "proveer al ser humano de un

potencial físico y moral que le permita emprender ciertas tareas, tendientes a mejorar sus contactos con el ambiente, mediante una mayor comprensión, y encarar los problemas de la vida social". (Aczel, K., y otros, 1971: p. 21). Se propone no solo ofrecer información sino también motivar una conducta deseable en este aspecto. Este proceso educativo apoya las tareas del Estado y Sociedad Civil en favor de la comunidad tanto por medios formales como informales.

Los nexos entre la educación y la salud y sus aportes a este desarrollo integral de la persona, se presentan a continuación:

Primero: cabe destacar que existen actualmente en México diversas instituciones del Estado avocadas a la atención de la Salud. Por ejemplo, el Sector Salud que abarca todas las dependencias que sirven a la población en este renglón, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creado en el gobierno de Avila Camacho. Entre sus funciones, además de los servicios de clínicas, farmacias, hospitales, está la de prevención y seguridad social.

En 1962, con el gobierno de López Mateos surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), además está el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y otros servicios médicos que son para la atención particular

de diversos sectores de la población.

Segundo: entre las políticas específicas en materia de educación higiénica expresada en la "Memoria de las principales actividades realizadas por la SSA", están "Promover la utilización más racional de los medios de difusión masiva para llevar la información al público en relación con la salud, incrementar cualitativa y cuantitativamente las actividades destinadas a crear una conciencia de salud en el pueblo mexicano y orientarlo para que a través de su esfuerzo y comportamiento alcance la salud; así como dar apoyo técnico y material a las actividades de educación higiénica que deba realizar en los servicios aplicativos". (Díaz Leal, 1982: p. 40).

Para lograr estos objetivos, el Plan Nacional de Salud (1974) promueve el incorporar la educación para la salud en los programas de las escuelas de enseñanza preescolar, primaria, media, técnica, normal y superior; capacitar al personal de salud y al magisterio; tanto en área urbanas como rurales para poner en operación programas de educación para la salud; sistematizar la información sobre la salud y enfermedad; promover la participación de la comunidad en los programas mencionados, e incorporar la educación para la salud en todos los programas de fomento para la salud.

Tercero: el campo de la educación para la salud se ocupa

también del estudio del comportamiento y de las actitudes de la población respecto a su salud, es decir, la cultura del grupo en torno a estos aspectos ya que los programas están encaminados a crear actitudes positivas en los individuos. Los educadores para la salud diseñan, aplican y evalúan programas que modifiquen las conductas y los comportamientos que afectan la salud de los individuos que conforman una sociedad. El enfoque básico de educación para la salud consiste en explicitarle a la población de manera clara y precisa los principios elementales que se generan en la aparición de las enfermedades, con el objeto de que ellos puedan dirigir sus actitudes y conductas de tal forma que eviten que el problema se presente. (Díaz Leal, 1985).

Cuarto: la educación para la salud se apoya en cuatro supuestos:

- a) Que las teorías y principios de la aparición de las enfermedades puedan ser atendidas y analizadas. Pueden serlo a partir de las creencias y costumbres de la gente, mismas que orientan las medidas a aplicar. El concepto de prevención asume que el individuo juega un papel decisivo en el proceso de aparición de la enfermedad y que tomando ciertas precauciones se puede evitar.
- b) Que las estrategias apropiadas para cada caso son factibles en su aplicación y evaluación; dichas

estrategias incluyen la promoción de la salud a partir del trabajo directo con el individuo para protegerlo.

- c) Que el cambio en las actitudes y conductas así como los estilos de vida de los individuos puedan mejorar el nivel de salud.
- d) Que los individuos, las familias, los grupos y la sociedad en general puedan ser educadas para asumir una conducta responsable ante su salud, ya que los modos de actuar, reaccionar y funcionar de los individuos, así como sus patrones de vida pueden afectar positivamente su estado de salud. (Díaz Leal, 1985).

El término prevenir, derivado de la palabra latina *praeveire*, significa prever un daño o peligro; es equivalente en el campo de la medicina a profilaxis, y se ha utilizado para referirse a las medidas que deben tomar para evitar que se presenten las enfermedades.

Las medidas preventivas intentan reducir la incidencia y la prevalencia de las enfermedades, las dirigidas a disminuir la incidencia tienden a la prevención de la aparición de nuevos casos, las dirigidas a la prevalencia intentan decrecer el número de personas enfermas en un momento cronológico determinado.

A la reducción de la aparición de nuevos casos (programas educativos a la comunidad), se le llama

prevención primaria, a la disminución de la duración de las enfermedades mediante un diagnóstico oportuno y su tratamiento adecuado (identificación de individuos y factores de riesgo y detección temprana a través del diagnóstico), se le denomina prevención secundaria; la prevención de complicaciones a largo plazo o de recaídas (programas de asistencia individual y familiar), se designa con el nombre de prevención terciaria. (Calderón, 1983). Siendo mas explícitos se puede decir que:

La prevención primaria, comprende "el conjunto de acciones que tienden a evitar el inicio de las enfermedades modificando las conductas que influyen en su desencadenamiento; la secundaria promueve la identificación temprana de los padecimientos para darles una atención más oportuna; finalmente la terciaria favorece la rehabilitación una vez que la enfermedad ha producido daños físicos, psicológicos y sociales". (Velasco Fernández, y otros, 1982: p. 14).

Considerando lo anterior, las medidas y políticas preventivas que han sido útiles en el problema de las incapacidades relacionadas con el alcohol, pueden dividirse en cuatro áreas:

1. Regulación de la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Puede ser de dos tipos: la limitación de la producción y la limitación de la importación de

bebidas alcohólicas.

2. Regulación del consumo.- Implica medidas legislativas que tienen por objeto limitar la disponibilidad del alcohol a nivel nacional o regional.
3. Información, educación y motivación.- Comprende programas dirigidos al público general, ya sea a través de los medios masivos de difusión o por medio de centros específicos de información y programas educativos.
4. Limitaciones de las incapacidades y de sus consecuencias.- Comprende el diagnóstico temprano de los individuos afectados.

Como medidas preventivas para la primera y segunda area se observa que: desde la antigüedad, han existido en nuestro país leyes para el consumo de bebidas alcohólicas; en la época prehispánica, la ley era restrictiva, se castigaba severamente a los infractores de tal manera que se llegaba hasta la pena de muerte.

En la época colonial, la ley era restrictiva-permisiva en la producción local, de acuerdo a los intereses de la metrópoli. Era relativamente restrictiva en la venta a los nativos y se castigaba la ebriedad pública. Había impuestos en la fabricación del pulque y otras bebidas locales. De la época de la independencia al Porfiriato, la ley era ambigua en la primera etapa y permisiva y de fomento en el porfiriato.

En la actualidad, se han elaborado distintos programas de acción contra el alcoholismo y se han dictado leyes y reglamentaciones en cuanto a la producción, venta y consumo de bebidas alcohólicas. (Bernal, 1983). Se han dictado medidas de carácter legislativo para frenar al alcoholismo. Destaca la convocatoria hecha por don Manuel Avila Camacho a la cual se llamó "Asamblea General contra el Vicio". En esta asamblea se pidió que en todos los libros escolares, desde los de primaria hasta los profesionales contuvieran temas de enseñanza antialcohólica.

El Licenciado Adolfo López Mateos realizó una campaña del alcoholismo y se limitó la apertura de establecimientos donde se tomaran bebidas embriagantes. La Ley General de Salud fue promulgada por el Presidente Miguel de la Madrid, y contiene disposiciones sobre los programas de lucha contra ciertos hábitos de consumo que perjudican al hombre, como son el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia. Se reconoce en el Código Sanitario, que el alcoholismo es un problema de salud y corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la labor preventiva. En 1979 se formó la Comisión de Salubridad y Asistencia, en donde destacan las iniciativas y propuestas de ley referentes a la prevención del alcoholismo y rehabilitación de alcohólicos que dió lugar a la creación del Consejo

Nacional Antialcohólico. (García Travesí, 1985).

Lo primero que ha intentado este Consejo es impedir que exista publicidad de bebidas de alto contenido alcohólico en televisión antes de las diez de la noche.

En el aspecto laboral, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que queda prohibido en todo centro de trabajo el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juego de azar.

En la Nueva Ley Federal de Trabajo promulgada en 1969 se establece que el obrero no debe presentarse en estado de embriaguez ni bajo influencia de algún narcótico o droga. Esto también está prohibido para los patrones.

En el Artículo 117 de la Constitución se conserva el siguiente párrafo: "El Congreso de la Unión y las legislaturas de los Estados dictarán desde luego leyes encaminadas a combatir el alcoholismo". (Román Celis, 1984: p. 275). En cuanto al control sanitario de productos y servicios y de su exportación e importación hay disposiciones tales como: que toda bebida alcohólica deberá ostentar en los envases la leyenda: "El abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud". En ningún caso y ninguna forma se podrán vender bebidas alcohólicas a menores de edad.

Como medidas preventivas para el área tres de información y educación es necesario ahondar en los

programas preventivos los cuales deben contemplar los siguientes aspectos fundamentales:

- Deben estar comprendidos dentro de los programas integrales de educación para la salud;
- Deben estar dirigidos a una población específica;
- Deben involucrar la participación de la comunidad en la elaboración aplicación y evaluación de las acciones, objetivas y metas del programa; - Que exista una política general de salud que establezca y norme los lineamientos generales en este sentido y apoye la labor realizada por distintas instituciones;
- Que se adecúen los mecanismos necesarios para lograr el cumplimiento de la legislación relativa al consumo del alcohol.

Debido a que el problema del alcoholismo en los adolescentes es muy serio en el presente y para años futuros, es necesario expandir programas de prevención a través de la escuela y a través de todas las agencias de socialización principalmente la familia y en grupo de pares, ya que éste impacta a la juventud.

Los programas de prevención según Globetti deben tomarse como materias curriculares obligatorias, no como materias optativas de educación para la salud (citado en O. Jeanneret, 1983).

Las estrategias de educación para la prevención deben

programas preventivos los cuales deben contemplar los siguientes aspectos fundamentales:

- Deben estar comprendidos dentro de los programas integrales de educación para la salud;
- Deben estar dirigidos a una población específica;
- Deben involucrar la participación de la comunidad en la elaboración aplicación y evaluación de las acciones, objetivas y metas del programa; - Que exista una política general de salud que establezca y norme los lineamientos generales en este sentido y apoye la labor realizada por distintas instituciones;
- Que se adecúen los mecanismos necesarios para lograr el cumplimiento de la legislación relativa al consumo del alcohol.

Debido a que el problema del alcoholismo en los adolescentes es muy serio en el presente y para años futuros, es necesario expandir programas de prevención a través de la escuela y a través de todas las agencias de socialización principalmente la familia y en grupo de pares, ya que éste impacta a la juventud.

Los programas de prevención según Globetti deben tomarse como materias curriculares obligatorias, no como materias optativas de educación para la salud (citado en O. Jeanneret, 1983).

Las estrategias de educación para la prevención deben

utilizar métodos efectivos más que didácticos y deben ser impartidos por maestros profesionales para que el adolescente esté motivado y entusiasmado. Además la prevención debe estar basada en el realismo y parte de esta realidad es que la juventud bebe.

Un punto obvio es que los patrones, antecedentes y dimensiones del uso y abuso del alcohol nos muestran una tremenda variabilidad de una sociedad a otra. No hay un programa de prevención que se aplique a todas las sociedades e incluso comunidades de la misma sociedad.

Cada programa debe estar confeccionado de acuerdo a las exigencias del tiempo y el lugar en donde se va implantar. (citado en O. Jeanneret, 1983).

La información que se proporciona a los jóvenes acerca del uso y abuso del alcohol debe ser precisa y verdadera y se debe enfatizar el hecho del bebedor responsable: "La decisión de ingerir o no bebidas alcohólicas es propiamente algo privado y personal que tiene que tomar cada individuo.

Sin embargo, si la elección es por el alcohol, se asume la responsabilidad de no destruirse a sí mismo ni a los demás". (Velasco Fernández, 1985: p. 69).

Desde una perspectiva de prevención integral existe en la actualidad el "Programa contra al Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas", elaborado en 1985 por el Consejo Nacional Antialcohólico y coordinado por el

Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud, participando varias dependencias y entidades del país.

El programa consta de dos partes: la primera enfocada a la discusión de la problemática nacional existente, no sólo en el aspecto de un diagnóstico del problema, sino también analizando el marco jurídico vigente y los recursos existentes para atacarlo.

La segunda parte comprende las acciones a desarrollarse, estableciendo primeramente los objetivos y metas así como las estrategias y líneas de acción a instrumentar para su logro. El programa se ha dirigido fundamentalmente a la prevención sin descuidar las acciones de atención curativa y de rehabilitación. Su objetivo es abatir el alcoholismo y los problemas médicos y socioeconómicos relacionados con el abuso del alcohol.

"Si no se actúa sobre el mejoramiento de las condiciones de vida y económicas de la población además de la educación para la salud y de las relaciones inter y extra familiares que redunden en beneficio de la colectividad, poco podrá hablarse de prevención en materia del alcoholismo y muchas acciones se seguirán emprendiendo en vano en relación al problema que nos ocupa". (Díaz Leal, 1983: p. 264).

CAPITULO 3 METODO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En virtud del desconocimiento que se tiene acerca de los patrones de consumo de alcohol por los jóvenes y de ser éste grupo el más vulnerable y en el que se empieza a beber excesivamente, se realizó este estudio para conocer los patrones de consumo, opiniones y conocimientos que tienen los adolescentes sobre el alcohol en cuanto a sus efectos en el organismo.

Lo anterior es importante dado que investigaciones recientes (Berruecos, et al, 1983, 1988) demuestran que la falta de conocimientos respecto a los efectos que tiene el alcohol sobre el organismo constituye una de las primeras causas de problemas individuales, familiares, sociales y laborales.

DISEÑO.

Se trata de una investigación de carácter descriptivo cuyo objetivo es evaluar el patrón de consumo; las opiniones y los conocimientos que tienen una muestra de estudiantes sobre el alcohol en cuanto a sus efectos en el organismo.

HIPOTESIS.

- "A mayor conocimiento que el joven tenga sobre el alcoholismo y sus efectos en el organismo, menor será el patrón de consumo".
- "A mayor conocimiento que el joven tenga sobre el alcoholismo y sus efectos en el organismo habrá menos opiniones irresponsables."

VARIABLES.

La variable independiente será el grado de conocimiento que el joven tenga.

Una de las variables dependientes se refiere tanto al patrón de consumo (medible en términos de uso normal o responsable del alcohol) como al abuso ocasional o periódico que deriva eventualmente en una enfermedad que se conoce como "Síndrome de problemas asociados al consumo del alcohol" o "alcoholismo". La otra variable constituye las actitudes u opiniones hacia las bebidas alcohólicas.

- Patrón de consumo. Es la forma en que un sujeto consume las bebidas alcohólicas. El patrón de consumo se evalúa en el cuestionario de las preguntas 11 a la 27. Ver tabla 1. (Apéndice 2)
- Opiniones hacia el alcohol. Son las creencias y opiniones que tienen los jóvenes sobre las bebidas alcohólicas. Se valúa en el cuestionario ver tabla 1

de las preguntas 18 a la 51. Ver tabla 1 (Apéndice 2).

- Grado de conocimiento sobre el alcohol. Es la cantidad de datos e información que un sujeto posee en torno al alcohol y sus efectos en el organismo. Se evalúa en el cuestionario de las preguntas 52 a la 88. Ver tabla 1. (Apéndice 3).

3.2 SUJETOS

Los sujetos entrevistados fueron obtenidos de una institución privada de educación superior, seleccionada por las facilidades que se otorgaron para este estudio. En dicho plantel se imparten las carreras de Técnico Profesional en Administración de Empresas y Técnico Profesional en Comunicación Social. La institución ofrece horarios matutino, vespertino y nocturno. La escuela se ubica en una zona de nivel socioeconómico media, lo cual se refleja en el monto de la colegiatura y por las características curriculares.

De la población total (475) sólo se tomó a aquellos que asistieron a la escuela el día de la aplicación del cuestionario y a los que constataron el cuestionario, quedando como muestra total 253 sujetos de los cuales 151 son hombres y 100 mujeres, dos sujetos no señalaron el sexo al que pertenecían.

Las edades fluctúan entre 15 y 30 años. El intervalo de escolaridad es de primer semestre al sexto semestre.

3.3 INSTRUMENTOS Y APARATOS

El instrumento que se utilizó en esta investigación es un cuestionario que contiene cuatro partes (apéndice 3). "Cuestionario del proyecto de investigación para evaluar el curso "Las Bebidas Alcohólicas y la Salud", (Cesaal, 1990).

I. Datos socioeconómicos, comprendidos en los reactivos del 1 al 10. Son datos generales para conocer las características del sujeto.

II. Patrón de consumo, comprendido en los reactivos del 11 al 27. El patrón de consumo es para determinar tres tipos de categorías:

- 1) abstemios
- 2) bebedores responsables
- 3) bebedores excesivos

III. Opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas y razones para beber, comprendidos en los reactivos del 28 al 51. Para conocer si los sujetos tienen una actitud sana o insana hacia las bebidas alcohólicas y cuales son sus motivaciones que los llevan a beber de manera responsable o irresponsable.

IV. Conocimientos sobre bebidas alcohólicas.
comprendidos en los reactivos del 52 al 88.

El cuestionario está formado por 88 items y el tipo de item que abarca cada sección es la siguiente:

<u>SECCION</u>	<u>No. DE PREGUNTAS</u>	<u>CERRADAS</u>	<u>OPCION MULTIPLE</u>
I	10	5	5
II	17	5	12
III	24	24	0
IV	37	1	36
TOTAL	<u>88</u> =====	<u>35</u> =====	<u>53</u> =====

Este cuestionario está validado, fundamentado, aceptado y recomendado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y por el Consejo Nacional Contra las Adicciones de la Secretaría de Salud. (Ver apéndice 3).

El cuestionario está basado en el curso "Bebidas Alcohólicas y la Salud", fundamentado en cinco programas internacionales:

- 1) Programa contra el alcoholismo para los adolescentes, en la provincia de Toronto, Canadá, elaborado por la Addiction Research Foundation Toronto, Canadá.

- 2) Programa contra el Alcoholismo del Ministerio de Sanidad del Gobierno Español.
- 3) Programa del Instituto Nacional contra el Alcoholismo en San José de Costa Rica.
- 4) Programa contra el Alcoholismo del Ministerio de Salud de Santiago de Chile.
- 5) El Programa para Padres y Educadores del Instituto Nacional de Alcoholismo y el Abuso del Alcohol de la Secretaría de Educación y Salud de los Estados Unidos de América.

Ellos lo corrigieron revisaron y lo aprobaron. (Ver apéndice 1).

El cuestionario ha sido aplicado con éxito en:

- 1) Siete cursos internacionales de actualización para médicos generales de 100 personas cada uno, o sea, 800 médicos.
- 2) Fue aplicado a una muestra total de 100 casos (de 25 casos cada una) en el Hospital General, Clínica San Rafael, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zurbirán.
- 3) Se probó en una muestra de 100 estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades del Plantel Sur de la UNAM.
- 4) Se aplicó en un grupo de 100 promotores del Consejo de Recursos para la atención de la juventud (CREA).

- 5) A todos los trabajadores de Petróleos Mexicanos en todas las zonas de explotación de PEMEX en el país.
- 6) A 80 alumnos del último semestre de medicina de la Universidad La Salle.
- 7) A cuatro unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 8) A los miembros de la sección permanente de farmacodependencia de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.
- 9) A estudiantes de Enfermería Psiquiátrica de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.
- 10) Finalmente se aplicó a 90 promotores de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica de la SEP.

También fué revisado por la Organización Panamericana para la Salud.

En la aplicación de este cuestionario de 88 items, se demostró que hubo un cambio en el conocimiento al comparar los resultados de la aplicación inicial con la final en un porcentaje mayor de 60%, al impartir el "Curso sobre Bebidas Alcohólicas y la Salud" (Cesaal, 1990; también apéndice 3).

3.4 PROCEDIMIENTO

Los entrevistadores asistieron a la aplicación del cuestionario en turnos matutino, vespertino y nocturno. En cuanto a la duración de la entrevista no hubo límite de tiempo.

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en una sesión. Se obtuvo el permiso del director de la escuela. La participación de los alumnos fue voluntaria.

Antes de la aplicación del cuestionario se les informó a los alumnos sobre el objetivo del cuestionario y las instrucciones a seguir: "La investigación que se está realizando es acerca de los conocimientos que tienen ustedes los jóvenes sobre el alcohol y sus efectos; es de mucha ayuda que contesten este cuestionario lo más honestamente posible. Es anónimo, no dejen preguntas sin responder, no hay tiempo límite. Cualquier duda o pregunta favor de consultarla".

La aplicación se realizó dentro de las aulas del plantel y el tiempo aproximado en la realización del cuestionario fue de una hora.

Análisis Estadístico

Primeramente se realizó un análisis descriptivo de los

datos obtenidos y seguidamente, para la comprobación de las hipótesis se utilizó la prueba de χ^2 ; utilizando los extremos de la muestra, tal como se explica a continuación, para que el resultado fuera más contrastante.

Se hizo la relación entre conocimiento sobre bebidas alcohólicas y las opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas. Se tomó como falta de conocimiento a los sujetos que tuvieron resultados extremos (pésimo y muy malo) según los criterios de calificación (ver tabla 1, apéndice 2). Conocimientos extremos de bueno y excelente se consideraron como conocimiento adecuado. En cuanto a las opiniones, se tomaron en cuenta opiniones positivas y negativas. Una vez hecha la relación se procedió a la utilización de la prueba de χ^2 .

Posteriormente se relacionó el patrón de consumo y el conocimiento. Para el patrón de consumo se seleccionó a los sujetos según el criterio de calificación (ver tabla 1, apéndice 2) tomando en cuenta las categorías de abstemio y problemático. En cuanto a conocimiento se seleccionaron los extremos de la muestra (pésimo y muy malo, correspondiente a la falta de conocimiento); los extremos de bueno y excelente se consideraron como conocimiento adecuado, seguidamente se aplicó la prueba de χ^2 .

La última relación fué entre las opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas con el patrón de consumo. En

patrón de consumo se tomaron los extremos (problemático y abstemio) y se relacionó con las opiniones positivas y negativas. Posteriormente se aplicó la prueba de χ^2 .

CAPITULO 4 RESULTADOS

I. DATOS SOCIOECONOMICOS

La muestra estuvo comprendida por 253 sujetos, de los cuales el 60% son hombres y el 39% corresponden al sexo femenino, fluctuando la edad entre las 15 y 30 años y cayendo el porcentaje mayor de edad entre sujetos de 17 a 25 años. Lo anterior es interesante en virtud de que, por una serie de erróneas creencias ligadas al papel que el sexo juega en la sociedad y a la estigmatización del alcoholismo en nuestro país, se acepta más socialmente el consumo en hombres que en mujeres. En nuestra muestra esto resulta aún más evidente por el número mayor de hombres entrevistados.

En relación con el estado civil, se encontró que de los 253 entrevistados, el 86% son solteros; el 10% casados; el 2% viven en unión libre y divorciados o separados sólo el 1%. Estos resultados eran esperados por el grupo de edad escogido.

En relación con la escolaridad, se encontró que el 37% tienen estudios comerciales o técnicos; mientras que el 23% terminaron la preparatoria y el 21% terminaron la secundaria. Un 13% reporta haber iniciado estudios profesionales pero no haberlos concluido.

En cuanto a la ocupación, destaca el hecho de que el 42% se refiere a estudiantes y por otra parte el 30% son empleados tanto públicos como privados. Se encontró que la mayoría de los sujetos viven con sus padres y hermanos (63%), y solo 5% percibe el mayor salario. Lógicamente el alto porcentaje de estudiantes empleados refleja disponibilidad económica y recursos, algunos de los cuales pueden canalizarse al uso de alcohol.

II. PATRON DE CONSUMO

En primer término, cabe señalar que el 80% de la población entrevistada reporta haber consumido alguna bebida alcohólica lo cual resulta evidentemente lógico, y en cuanto al hecho de que si se consumen bebidas alcohólicas al menos seis veces al año, nos encontramos con que el 70% reporta haberlo hecho. Esto es de indudable importancia puesto que sí existe un patrón regular de consumo en un alto porcentaje. El 54% afirma haber consumido bebidas alcohólicas cuando menos una vez al año y en cuanto al tipo de bebida preferida cabe destacar que la más prevalente es el brandy en un 24%, seguido por la cerveza y en orden decreciente las otras bebidas fermentadas y destiladas. Ello confirma resultados de investigación similares que enfatizan que las bebidas

destiladas, quizá por el efecto de la publicidad, están desplazando a las fermentadas.

La cantidad de consumo medida a través de copas entendiendo que cada una de ellas contiene un volúmen de 14 mililitros de etanol puro, es otro indicador cuyos resultados arrojan aspectos tales como el hecho de que el 22% de la población reporta consumir tres copas diarias; esto refleja una preocupación seria en cuanto al potencial de futuros enfermos.

El 34% de la población toma ciertas bebidas cada mes; sin embargo cabe destacar, que el 18% reporta consumir alcohol por lo menos una vez por semana lo cual también constituye un signo de alarma. El lugar mas socorrido para tal actividad (43%) son las reuniones sociales prefiriendo el consumo con parientes y amigos de ambos sexos (74%); también ésto concuerda con los patrones de consumo de los mexicanos (ver Berruecos, 1988).

El 51% reporta no haberse embriagado en el último año. Por otro lado la duración de la última ingesta fue de uno a tres días en un 34%, porcentaje indudablemente preocupante.

El 45% de los sujetos reportan no haber intentado dejar de beber y el 23% ha intentado dejar de beber por sí mismo; aquí es donde, precisamente, podrían incidir las propuestas que hacemos de educación para la salud en términos de prevención del problema. Solo un 3% ha dejado

de beber por juramento, y un sujeto ha dejado de beber con la ayuda de A.A., (alcohólicos anónimos):

En relación a las causas a las cuales se atribuye que el sujeto haya incrementado la ingestión, el 34% afirma haber utilizado motivos sociales para el incremento de la ingestión. Las tareas de educación para la salud, deben tomar en cuenta este importante aspecto.

En cuanto a las repercusiones laborales por la bebida, se menciona el abandono y el despido del trabajo como las causas más importantes, pero un 92% de la población afirma que las repercusiones laborales por el consumo exagerado del alcohol son diversas sin especificar a que se refieren. En relación con las repercusiones familiares se reportan en primer término las tensiones y dificultades inherentes y en menor grado las riñas y el abandono por parte de los miembros de la familia; esto implica que hay conciencia en torno a los efectos del consumo excesivo.

III. OPINIONES HACIA EL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y RAZONES PARA BEBER

El 63% de la población piensa que el beber no es una buena forma de celebrar y la mayor parte de la población entrevistada piensa que el beber no es una actividad importante. Este es un punto muy favorable en las campañas preventivas que debe aprovecharse. Además, el 78% de la

población cree que el beber no es parte de una buena alimentación, lo cual es altamente positivo.

Al 47% le gusta sentirse alegre cuando toma, el 34% de la población afirma que el beber no es lo que hacen la mayoría de sus amigos cuando están juntos. Por otra parte la mayoría de la población afirma que el beber no ayuda a olvidar sus problemas y preocupaciones y no le da más confianza y seguridad en sí mismo: he aquí de nuevo, otro interesante y rescatable aspecto preventivo.

El 86% afirma que no bebe cuando se siente tenso o nerviosos ni para ser mas sociable; además, piensan que tomar con los amigos no es una prueba de amistad y abusar de las bebidas alcohólicas ocasionalmente es malo para la salud; estos puntos deberían como ejemplo, reencauzarse en un programa educativo.

En relación con la cantidad y calidad de las bebidas que se sirve en una fiesta y si esto es determinante del éxito de la misma o del prestigio del anfitrión, el 71% afirma que esto no es correcto, lo cual es positivo para el programa educativo.

Por otro lado, en un 49% la gente reconoce que la familia o las amistades se molestan cuando uno de ellos toma en exceso. En relación con el hecho de que el alcohol pueda interferir con el trabajo o el estudio, el 84% afirma que esto es correcto y que desintegra a la familia.

El 73% afirma que temerían convertirse en una persona alcohólica y el 84% reconoce que el alcohol hace sentir mal o enfermo al que bebe, asimismo el 85% afirma que el uso de bebidas alcohólicas ocasiona problemas con las autoridades o con la policía y en un 80% que hace perder el control sobre la vida. El 90% opinó que el tomar bebidas alcohólicas no hace más útil al hombre. Existe la creencia en un 52% de la población de que el agua fría y el café caliente quitan la borrachera. Por otro lado se considera en un 63% que el alcohol no es un estimulante y el 76% opinan que las personas que "aguantan mucho" corren menos riesgo de llegar al alcoholismo; estos indicadores con porcentajes elevados nos obligan a reforzar el programa educativo en cuanto a lo que se refiere a mitos y creencias en torno al consumo del alcohol.

IV. Conocimiento sobre las bebidas Alcohólicas

Analizando los reactivos del número 52 al 88, los cuales componen el bloque de conocimientos sobre las bebidas alcohólicas y siguiendo los criterios de calificación de la tabla 1, se observa que el 96% de los encuestados no tienen conocimiento acerca de las bebidas alcohólicas y el uso de éstas y sólo un 4% tienen un conocimiento adecuado. Esto confirma el planteamiento de este trabajo, en cuanto a que es necesario implementar en la población joven, programas educativos como el que proponemos.

COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS

No se encontró una relación significativa entre conocimiento sobre bebidas alcohólicas y las opiniones hacia el uso de ellas; $X^2_{(1)} = 1.9765361$. (Tabla 2, apéndice 1).

En cuanto a la relación entre patrón de consumo y el conocimiento, no se encontró ninguna significancia, $X^2_{(1)} = .064$ (Tabla 3, apéndice 1).

En cuanto a la relación entre las opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas con el patrón de consumo, tampoco se encontró significancia, $X^2_{(1)} = 2.6659964$. (Tabla 4).

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A nivel general los resultados de la investigación nos arrojan los siguientes datos; en cuanto al patrón de consumo, el 64% son abstemios, el 23% son bebedores responsables y el 13% son bebedores excesivos. Si bien este porcentaje no es muy alto, sí es preocupante en virtud de que potencialmente estos sujetos pueden convertirse en enfermos.

Con respecto a las opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas y razones para beber, la mayoría de la muestra tiene opiniones positivas respecto al uso de bebidas alcohólicas (el 90.91%). Esto debe aprovecharse en el programa educativo.

En cuanto a conocimientos, la mayoría (el 96%) no tienen buena información respecto al uso y abuso de bebidas alcohólicas, lo cual obliga a pensar en aplicar el programa.

No se encontró relación entre conocimiento, patrón de consumo y opiniones hacia el uso de bebidas alcohólicas. A pesar de que hay un adecuado patrón de consumo y opiniones responsables sobre el uso de bebidas alcohólicas, los sujetos carecen de conocimientos sobre su uso y sus efectos en el organismo. Por lo anterior, la OMS considera que la vía de la educación sería una solución para este que puede

convertirse en un problema de alcoholismo.

Aún cuando los resultados señalan que la mayor parte de los entrevistados o son abstemios o bebedores responsables, es interesante señalar que esto refuerza el hecho de sus opiniones positivas hacia las bebidas alcohólicas. Si bien es cierto que las hipótesis no se comprobaron como se había planeado, de todas maneras subsiste la necesidad de implementación de un programa educativo-preventivo. Lo anterior podría deberse quizá al rango de edad de la muestra seleccionada, si recordamos que se trata de sujetos que no están aún en el grupo de lo que los expertos llaman de alto riesgo (25-30 años). Por lo anterior, es de suponerse que los conocimientos derivados de la aplicación de un curso como el de las bebidas alcohólicas y la salud llevará, a la larga, a estos sujetos hacia actitudes mas reponsables sobre el consumo y a un incremento en el conocimiento que tengan hacia el uso de las bebidas alcohólicas. Se ha demostrado en otros países que a mayor educación, mayor conocimiento y menos consumo excesivo.

Pocos son los estudios que se han hecho en nuestro país acerca de los patrones de consumo de alcohol y menos aún relacionados con la población joven (ver Berruecos, 1988: 74-92). Si revisamos la literatura, veremos que el enfoque psicoeducativo que es el que se le ha dado a este

trabajo, también no es muy común.

Por ello, consideramos que este estudio cumple con los objetivos trazados y que sin aclarar de manera total el panorama, sí contribuye modestamente a su mejor entendimiento.

En estudios realizados en otros países (Edwards, 1986), se ha demostrado que son varias las vías por las cuales los sujetos aprenden a beber de manera responsable: el buen ejemplo de los padres, la edad en la que se empezó la ingestión, el nivel socioeconómico, la escolaridad, el grupo de amigos, la disponibilidad (oferta) de bebidas alcohólicas, la publicidad, etc. Por eso, es necesario atacar el problema desde diversos ángulos:

- 1) Por el lado de la oferta de bebidas alcohólicas, el gobierno debe controlar tanto la calidad y cantidad de bebidas alcohólicas como su comercialización y publicidad, apoyándose en los diversos reglamentos y leyes de que se dispone.
- 2) Por el lado de la demanda (o sea, los usuarios, o bien el huésped y el medio- ambiente que le rodea), muchas son las acciones a emprender, básicamente:
 - a) capacitación de educadores
 - b) campañas de información
 - c) entrenamiento de personal médico y paramédico
 - d) mayor investigación de las características del problema

e) educación para la salud con vías a la prevención a través de programas preventivos.

Antes de terminar, es importante señalar que si bien es cierto que los resultados encontrados no corresponden a las expectativas planteadas, si reflejan que, en general, existe desconocimiento entre los jóvenes acerca del alcohol y sus efectos.

Por lo anterior, este trabajo pretende señalar que la información en torno al alcohol, es importante en cualquier programa preventivo.

Una de las limitaciones del estudio, sin duda se refiere tanto a la población seleccionada como al tamaño de la muestra. Asimismo, podría señalarse que este estudio difícilmente sería extrapolable a poblaciones similares; sin embargo, creemos que la información aquí reunida y antes dispersa, sí ofrece un panorama amplio de la problemática, además de que el enfoque es innovador y, según sucede en otros países, resulta ser el mejor camino, el de la educación en el combate al alcoholismo.

Esperamos provocar con este trabajo un mayor interés por el estudio de los patrones de consumo de alcohol en nuestro país, de tal forma que, con el tiempo, contribuyan estos análisis al mejor diseño de estrategias preventivas de la enfermedad llamada alcoholismo y de los patrones abusivos de consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aczel, V. (1971). Educación para la Salud, el Sexo y la Vida Familiar. Buenos Aires, Paidós.
- Aiza, V. (1982). Angustia en la adolescencia: Higiene Mental, En: Revista Mexicana de Pediatría. (pp. 281-283), México D.F.
- American Psychiatric Association (1987) DSM-III-R: Manual de Diagnóstico y Estadística de los Transtornos Mentales. Barcelona: Masson, 1987.
- Avila Cisneros, I., (1983). Aspectos de Salud Pública en los Problemas de Consumo de Alcohol. En: El Alcoholismo en México III Memorias del Seminario de Análisis. México, D.F., Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. - Babin, P. y otros (1967). El Adolescente y sus problemas. (3a. edición). Barcelona, España: Herder.
- Barnes M.G. (1977). The Development of Adolescent Drinking Behavior and Evaluative Review of the Impact of Socialization Process Within the Family. Adolescence.
- Barnes M.G. y Welte W.J. (1986). Patterns and Predictors of alcohol use among 7-12 th grade students in N.Y. State. Journal of Studies on alcohol.

- Bernal Sahagún, V, y otros. (1983). La producción Monopolista, Manipulación y Consumo del Alcohol en México. En: El Alcoholismo en México. Negociación y Manipulación. (1a. edición,). México: Editorial Nuestro Tiempo.
- Berruecos, L. y otros. (1981, 12-16 Septiembre). Algunos Planteamientos Acerca de un Plan de Desarrollo Integral del Adolescente. Ponencia presentada en la VII Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Oaxaca, Oaxaca, México.
- Berruecos, L. (1983). Aspectos Antropológicos. En: Molina Piñeiro, V., Román Celis, C., Berruecos, L. Sánchez Medal, L. (EDS). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (PP. 31-50). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Berruecos, L., (1985). El Consumo del Alcohol en algunos grupos indígenas en México. En: Bernal, V., Márquez, A., Navarro, B., Selser, C. y Berruecos, L. (Eds). El Alcoholismo en México. Negocio y Manipulación. (2a. edición. pp. 9-43). México: Editorial Nuestro Tiempo.
- Berruecos, L. (1985). Aspectos Antropológicos del Alcoholismo. En: Molina Piñeiro, V., Román Celis, C.,

- Berruecos, L. y Sánchez Medal, L. (Eds). El Alcoholismo en México. Aspectos Sociales, Culturales y Económicos. Tomo II. (2a. edición, pp. 1-13). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Berruecos, L. (1988). El Alcoholismo en México: Situación Actual y Perspectivas. En: Alcoholismo. Visión Integral. (1a. edición, p.p. 74-92). México, D.F., Editorial Trillas.
 - Berruecos, L. (1991). Comentario personal. -Bolaños, F. (1985). Efectos del alcohol sobre el metabolismo mineral y la función renal. En: Molina Piñeiro, V. y Sánchez Medal, L. (eds.) EL Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (2a. edición, p.p. 155-158). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
 - Brauncht N.G. (1982). Problem Drinking Among Adolescents: Review and analysis of Psychosocial Research: National Institute on alcohol abuse and alcoholism. Special Population Issue Alcohol and Health. (DHHS Publications No. ADM4). Washington: Government Printing.
 - Calderón N.G. (1983). Patrones de Bebida en el Mexicano. Resultados de una Investigación de la OMS, México, D.F.
 - CESAAL (1990). Las bebidas alcohólicas y la salud

Curso para padres de familia y educadores (segunda edición, pp. 182), México, D.F., Editorial Trillas, S.A.

- De la Madrid, M. (1982, marzo). Un crimen es el Alcoholismo. En: El 38 en Campaña México. México: Editado por el Organo de Difusión del XXXVIII Comité Distrital del PRI en el D.F.
- Díaz Leal, L. y López P.D. (1982). El Alcoholismo: Depauperación Colectiva. Tesis de Licenciatura en Sociología de la Educación. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, D.F.
- Díaz Leal, L. (1983). Aspectos Preventivos del Alcoholismo. En: Molina Piñeiro, V., Ramón Celis, C., Berruecos, L. y Sánchez Medal, L. (eds). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (p.p. 260-264). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Díaz Leal, L. (1983, 17 octubre). Aspectos Educativos en el Consumo del Alcohol. Ponencia presentada en el curso "La educación para la Salud Mental y los problemas derivados del Consumo del Alcohol". México, D.F. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Díaz Leal, L. (1985). La Sociología de la Educación y el Problema del Alcoholismo. En: Molina Piñeiro, V., Berruecos, L. y Sánchez Medal, L. (Eds). El

- Alcoholismo en México. Aspectos Sociales, Culturales y Económicos. Tomo II. (2a, edición, p.p. 235-243). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Diccionario Enciclopédico Espasa. (1979). Tomo I, Madrid, España: Espasa Calpe.
 - Edwards, G. (1986). Tratamiento de Alcohólicos: guía para el ayudante profesional. (1a. edición). México: Editorial Trillas.
 - Fernández Varela (1983). "El Alcoholismo en México, aspectos de salud pública". en El Alcoholismo en México III Memorias del Seminario de Análisis. México, D.F. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. - Freedman, A. y otros. (1983). Compendio de Psiquiatría. Barcelona, España: Salvat Editores.
 - García Travesí, G. (1985). Patología Social del Alcoholismo: Un Problema de Salud Pública. En: Molina, Piñeiro V., Berruecos, L. y Sánchez Medal, L. (Eds). El Alcoholismo en México. Aspectos Sociales, Culturales y Económicos. Tomo II. (2a edición, p.p. 123-132). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
 - Guevara, L. (1985). Efectos del Alcohol sobre el Aparato Digestivo. En: Molina Piñeiro, V. y Sánchez Medal, L. (Eds). El Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (2a edición, p.p. 147-153). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

- Kersenobich, D. (1983). Efectos del Alcoholismo en el Aparato Digestivo. En Molina Piñeiro, V., Roman Celis, C., Berruecos, L. y Sánchez Medal, L. (eds). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (pp. 143-146). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- López Amor, E. (1985). Alteraciones Endócrinas y Metabólicas inducidas por el alcohol etílico. En Molina Piñeiro y Sánchez Medal, L. (eds). El Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (segunda edición, pp. 147-153). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Mejía Fernández, A. (1983). Aspectos Fiscales. En: Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (p.p. 191-120). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Molina P. V., Berruecos, L.A. y Sánchez M.L. (1983). El Alcoholismo en México. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Mussen y otros. (1977). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. (octava reimpression). México: Ed. Trillas.
- Nieto, D. (1983). Aspectos Neuropsiquiátricos del Alcoholismo. En: Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román

- Celis, Luis Berruecos, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (2a edición, p.p. 121-132). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- O. Jeanneret (1983). Alcohol and Youth. En: Manciaux, Child, Health and Development. V. 2. New York: Karger.
 - Olivares, Sosa, E. (1983). Economía del Alcoholismo en México. En: Valentín Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos y Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (p.p. 71-81). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
 - OMS. (1978). Atención Primaria de Salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
 - OMS. (1980). Problemas Relacionados con el Consumo del Alcohol. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: Serie de Informes Técnicos No. 650.
 - Ortiz, Quezada, F. (1982, mayo 1). Encuentro de la Medicina con la Historia. Uno más Uno.
 - Pérez, Tamayo, R. (1985). Patología del Alcoholismo. En: Valentín Molina Piñeiro, Luis Medal. (eds). El Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (2a. edición, p.p. 49-75). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
 - Rodríguez Pérez, E. (1988). Alcoholismo en la

Adolescencia. Tesis de Licenciatura de la Escuela de Psicología. Universidad Anáhuac, México, D.F.

- Roman Celis. (1984). El Alcoholismo en México. Historia y Legislación Tomo IV. (primera edición, pp. 345). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Román Celis. C. (1985). El Vino: alegría de los dioses y perdición de los hombres. En: Valentín Molina Piñeiro, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (2a. edición, p.p. 3-24). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Sánchez Medal, L. (1983). Efectos del Alcohol en el Sistema Hemático. En: Valentín Molina Piñeiro, Carlos Celis, Luis Berruecos, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (p.p. 134-142). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Sánchez Medal, L. (1985). Interacción del Alcohol con los medicamentos. En: Valentín Molina Piñeiro, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Patología. Tomo I. (2a. edición, p.p. 119-204). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Secretaría de Salud. (1985). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. Consejo Nacional contra la Farmacodependencia, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: D.F.

- Selser Ventura, C. (1983). Anuncio y Alcohol. En: Víctor Bernal Sahagún, Arturo Márquez, Bernardo Navarro y Claudia Selser. El Alcoholismo en México. Negociación y Manipulación. (1a. edición, p.p. 112-135). México: Editorial Nuestro Tiempo.
- Sereno Coló, J.A. (1985). Daño fetal en el embarazo de la mujer alcohólica. En: Valentín Molina Piñeiro, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Patología. (2a. edición, p.p. 159-164). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Velasco Fernández, R. y otros (1982). Las Bebidas Alcohólicas y la Salud. Curso para Padres de Familia y Educadores. Cuaderno del Alumno: México CEPNEC.
- Velasco Fernández, R. (1983). Alcoholismo: Aspectos Psicológicos. En: Valentín Molina Piñeiro, Carlos Román Celis, Luis Berruecos, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Memorias del Seminario de Análisis. Tomo III. (p.p. 153-154). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Velasco Fernández, R. (1984). Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. (4a. reimpresión). México: Editorial Trillas.
- Velasco Fernández, R. (1985). Salud Mental. Enfermedad Mental y Alcoholismo. (1a. reimpresión). México: Anuies.

- Velasco Fernández, R. (1985). Los Factores Sociales del Alcoholismo desde el punto de vista de la Psiquiatría. En: Valentín Molina Piñeiro, Luis Berruecos, Luis Sánchez Medal. (Eds). El Alcoholismo en México. Aspectos Sociales, Económicos y Culturales. Tomo II. (2a. edición, p.p. 39-52). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Velasco Fernández, R. (1988). Alcoholismo. Visión Integral. México, D.F. Editorial Trillas.
- Wilks J. y Callan J.V. (1984). Similarity of University Students and Their Parents Attitudes Toward Alcohol. Journal of Studies on Alcohol. 326-332.

A P E N D I C E 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS SOCIOECONOMICOS

1. Matrícula o clave _____
2. Grupo _____ Turno _____
3. Sexo
masculino (1) femenino (2)
4. Edad
5. Estado Civil
 1. Soltero
 2. Casado
 3. Unión libre
 4. Viudo
 5. Divorciado
 6. Separado
6. Escolaridad
 1. Ninguna
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Preparatoria
 7. Profesional incompleta
 8. Profesional completa
 9. Estudios comerciales y/o técnicos
 10. Otros (especificar) _____
7. Ocupación
 1. Hogar
 2. Servicio doméstico
 3. Oficios (albañiles, costurera, carpintero, plomero, electricistas, herrero, mecánico, obrero, campesino)
 4. Empleado (incluir: público o privado, secretaria, enfermera, chofer, comerciante)
 5. Profesionista
 6. Técnico
 7. Jubilado
 8. Desempleado
 9. Estudiante

10. Trabaja por su cuenta

11. Otros (especificar) _____

8. Con quién vive?

1. Solo
2. Cónyuge
3. Cónyuge e hijos
4. Cónyuge e hijos y otros familiares
5. Padre (s)
6. Padres, hermanos
7. Otros familiares
8. Otros no familiares

9. Cuántos hijos tiene?

10. Ingreso mensual

1. de 000,000 a 274,800
2. de 274,801 a 549,600
3. de 549,601 a 824,400
4. de 824,401 a 1,099,200
5. de 1,099,201 a 1,374,000
6. de 1,374,001 a 1,648,000
7. de 1,648,001 a 1,923,600
8. no procede

II. PATRON DE CONSUMO

11. Nunca ha consumido alguna bebida alcohólica?

Si (1)

No (2)

12. Consume bebidas alcohólicas al menos 6 veces al año, en cualquier cantidad?

Si (1)

No (2)

13. Cuando menos una vez al año?

Si (1)

No (2)

14. Edad a la que tomó sus primeras bebidas alcohólicas.

15. Tipo de bebida que utiliza

- a) fermentadas
1. cerveza
 2. pulque
 3. vino

- b) destiladas
4. tequila
 5. ron
 6. mezcal
 7. brandy
 8. alcohol 96
 9. rompope
16. Cantidad de consumo
1. una copa
 2. dos copas
 3. tres copas
 4. cuatro copas
 5. cinco copas
 6. seis copas
 7. siete copas
 8. ocho copas
 9. nueve o más copas Ml. _____
17. Durante cuánto tiempo (en total) estuvo bebiendo la última vez que lo hizo (en minutos)
18. Qué tan a menudo toma usted estas bebidas?
1. una vez al día
 2. casi todos los días
 3. tres veces por semana
 4. dos veces por semana
 5. una vez por semana
 6. cada dos semanas
 7. cada mes
 8. una vez al año
 9. nunca
19. En dónde bebe usted?
1. Casa
 2. Cantina, bar
 3. Pulquería
 4. Restorán
 5. Tienda
 6. Trabajo
 7. Fiestas
 8. Reuniones sociales
 9. Calle
 10. Coche
 11. Parque
 12. Otros (especificar) _____
20. Con quién bebe usted?
1. Solo

2. Con mi esposo (a)
 3. Con parientes o amigos del sexo masculino
 4. Con parientes o amigos del sexo femenino
 5. Con parientes o amigos de ambos sexos
 6. Con otro (s) persona (s)
(especificar) _____
21. En el último año ¿qué tan frecuente se embriagó (emborrachó)?
1. Todos los días
 2. Casi todos los días
 3. Tres veces por semana
 4. Dos veces por semana
 5. Una vez por semana
 6. Cada dos semanas
 7. Cada mes
 8. Una vez al año
 9. Nunca
22. Duración de la última ingestión
1. De uno a tres días
 2. De cuatro a siete días
 3. De más de una semana a un mes (8 a 30 días)
 4. De más de un mes a tres meses (31 a 90 días)
 5. De más de tres meses a seis meses (91 a 180 días)
 6. De más de seis meses a doce semanas (181 días)
 7. No procede
 8. Nunca
23. Ha intentado dejar de beber?
1. No
 2. Con ayuda médica
 3. Grupo A.A.
 4. Juramento
 5. Por sí mismo
 6. Otros (especificar) _____
24. Cuánto tiempo ha dejado de beber?
1. De 1 a 3 días
 2. De 4 a 7 días
 3. De más de una semana a un mes (8 a 30 días)
 4. De más de un mes a tres meses (31 a 90 días)
 5. De más de tres meses a seis meses (91 a 180 días)
 6. De más seis meses a doce meses (181 a 360 días)
 7. No procede
 8. Nunca

34. El beber le ayuda a olvidarse de sus problemas
 Sí (1) No (2)
35. Bebe cuando se siente tenso o nervioso
 Sí (1) No (2)
36. Bebe para ser sociable
 Sí (1) No (2)
37. Tomar con los amigos es una prueba de amistad
 Sí (1) No (2)
38. Abusar de las bebidas alcohólicas de vez en cuando es malo para la salud
 Sí (1) No (2)
39. La calidad y cantidad de bebidas que se sirven en una fiesta determinan el éxito de la misma y el prestigio del anfitrión
 Sí (1) No (2)
40. La familia o amistades se molestan cuando alguno de ellos toma
 Sí (1) No (2)
41. El alcohol puede interferir con el trabajo o con el estudio
 Sí (1) No (2)
42. El abuso del alcohol desintegra la familia
 Sí (1) No (2)
43. Temería convertirse en una persona alcohólica
 Sí (1) No (2)
44. El uso de bebidas provoca hacer cosas de las cuales después uno se arrepiente
 Sí (1) No (2)
45. El alcohol hace sentir mal o enfermo al que bebe
 Sí (1) No (2)
46. El uso de bebidas alcohólicas ocasiona problemas con las autoridades o policía
 Sí (1) No (2)
47. El alcohol hace perder el control sobre la vida
 Sí (1) No (2)

48. El tomar bebidas alcoholicas hace más útil al hombre.
Sí (1) No (2)
50. El alcohol es un estimulante
Sí (1) No (2)
51. Las personas "que aguantan mucho" corre menos riesgo de llegar al alcoholismo
Sí (1) No (2)

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS

Marque con un círculo la (s) respuestas correctas

52. Una Lata de cerveza de 3150 cc. de contenido neto de 36 G.L. Qué cantidad de etanol contiene?
1. 28 cc. de etanol
2. 350 cc. de etanol
3. 3.5 cc. de etanol
4. 14 cc. de etanol
53. Cerca del 20% del alcohol que se consume es absorbido a través del estómago. Dónde se absorbe el otro 80%?
1. en el intestino delgado
2. en el intestino grueso
3. en el hígado
4. en el cerebro
54. Cuáles de los siguientes son métodos útiles para medir la cantidad de alcohol contenido en el cuerpo de una persona?
1. determinación de alcohol en la sangre
2. determinación de alcohol en la orina
3. determinación de alcohol en el aliento
4. todas las anteriores.
55. Cómo se absorbe el alcohol cuando se ingiere en bebida como el champaña y otros vinos espumosos?
1. La absorción es más lenta
2. La absorción es más rápida
3. No hay cambios en la velocidad de absorción
4. Todas las respuestas anteriores son concretas
56. Una persona, cada vez que beba la misma cantidad de alcohol en el mismo período de tiempo, tendrá:

1. Las mismas reacciones físicas y psicológicas
 2. Diferentes reacciones físicas y psicológicas
 3. Las mismas reacciones físicas, pero diferentes reacciones psicológicas.
 4. Las mismas reacciones psicológicas pero diferentes reacciones físicas.
57. Una persona que bebe un aperitivo diariamente es:
1. abstemio
 2. bebedor moderado
 3. bebedor excesivo
 4. alcohólico
58. Son parámetros de dependencia física al alcohol:
1. beber todos los días
 2. beber más que los demás
 3. tolerancia y síndrome de supresión
 4. cirrosis hepática y delirium tremens.
59. Es un síntoma de la fase prealcohólica del síndrome de dependencia del alcohol:
1. beber para aliviar tensiones
 2. beber en las madrugadas
 3. beber para aliviar los síntomas de cruda
 4. alucinaciones auditivas.
60. Es una psicosis alcohólica por supresión de alcohol:
1. demencia
 2. amnesia anterógrada
 3. zoopsias
 4. celos patológicos
- 61.Cuál de las siguientes no es una complicación hepática del alcoholismo?
1. Esteatosis
 2. Hepatitis alcohólica
 3. Cirrosis hepática
 4. Hepatoma
62. Un elemento fundamental para no tener problemas con la bebida es:
1. las relaciones interpersonales
 2. los factores psicológicos
 3. la autoestima o el aceptarse tal como uno es
 4. el no estar dispuesto a buscar soluciones a los problemas
63. La familia desempeña un papel fundamental en el desarrollo de estímulos positivos del sujeto cuando:

1. coadyuva a conformar la autoestima
 2. la educación se basa en la recriminación
 3. no hay cohesión entre los miembros de la familia
 4. se utiliza el castigo para reprobar actitudes
64. El sentimiento de autoestima de un adulto depende de:
1. la calidad de sus experiencias infantiles
 2. a la no resolución de las tensiones básicas
 3. el manejo de la vergüenza
 4. el manejo de la culpabilidad
65. En la formación de la autoimagen del niño son primordiales:
1. los abuelos
 2. los hermanos mayores
 3. los hermanos menores
 4. los padres
66. El sentimiento de confianza se conforma, esencialmente:
1. durante el primer año de vida
 2. de los dos a los cuatro años
 3. en la adolescencia
 4. en la etapa adulta
67. El grado de madurez de salud mental que un individuo puede alcanzar, depende, en gran medida, de:
1. la alimentación
 2. la situación económica
 3. la salud física
 4. la educación recibida en el hogar
68. Entre los factores que contribuyen a tomar una actitud insana ante las bebidas alcohólicas destacan:
1. la conformación de una personalidad "sana"
 2. los aspectos hereditarios
 3. la posición económica desahogada
 4. las experiencias negativas en el hogar
69. En las comunidades donde se presentan escasos problemas de alcoholismo, existen, entre otras cuál o cuáles de las siguiente características:
1. los padres beben moderadamente
 2. la abstinencia no es una actitud socialmente aceptada
 3. no se da a las bebidas ningún valor subjetivo
 4. no se acepta la intoxicación pero sí el consumo excesivo ocasional.

70. Señale una o varias de las actitudes de educación para la salud en materia de alcoholismo viables para la sociedad.
1. prohibir la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas
 2. información veráz y oportuna respecto a los efectos generados por el consumo de bebidas alcohólicas
 3. Sugerir a los padres de familia que adopten una actitud excesivamente represiva frente al consumo
 4. Capacitar a maestros padres de familia y líderes de la comunidad para la detección, prevención y canalización de personas con problemas por el consumo
71. De las aseveraciones que se presentan a continuación, señale cuál es la correcta:
1. el alcohol no es una droga
 2. emborracha más el vodka y la ginebra que el ron o el tequila
 3. la combinación de varias bebidas provoca la borrachera más rápidamente
 4. El grado de embriaguez está determinado por la cantidad de alcohol consumido
72. El concepto de "beber responsablemente" implica cuál de las siguientes actitudes:
1. intoxicaciones una vez por semana solamente
 2. conducir un automóvil después de consumir cuatro copas
 3. beber un sólo tipo de bebidas sin revolver con otras
 4. beber no más de una copa por hora
- 73.Cuál de las siguientes aseveraciones es la correcta:
1. beber es algo especial en la vida
 2. la intoxicación ocasional y el alcoholismo son la misma cosa
 3. el alcohol sirve para cohesionar e integrar a la familia
 4. el que ha decidido beber no debe recibir presiones de nadie
74. De las siguientes sugerencias, cuál está relacionada con el beber responsablemente.
1. primero beba y después coma
 2. coma mientras bebe

3. tome rápidamente
 4. siempre que beba, hágalo fuera del ambiente familiar
75. Señale la o las acciones favorables de un anfitrión para prevenir el consumo excesivo en una reunión:
1. servir conjuntamente las bebidas con los alimentos
 2. demorar la circulación de bebidas alcohólicas
 3. no ofrecer otro tipo de bebidas que no sean alcohólicas
 4. no poner límites a los invitados para su consumo
76. Cuando a un invitado se "le pasen las copas", lo que debe hacerse es:
1. darle un regaderazo de agua fría
 2. ofrecerle café cargado o caliente
 3. regresarlo en su automóvil a su casa conduciendo él mismo
 4. proporcionarle un lugar cómo para que duerma un rato
77. La combinación de las drogas y el alcohol puede hacer que los efectos se:
1. sumen
 2. potencialicen
 3. opongan
 4. ninguna de las anteriores
 5. todas las anteriores
78. Una persona de mayor peso y estatura habitualmente necesita mayor dosis de fármacos para obtener un efecto deseado.
- FALSO O VERDADERO
79. El alcohol es:
1. una droga que provoca dependencia física
 2. una droga estimulante
 3. una droga depresora
 4. ninguna de las anteriores
 5. son correctas 1 y 3
80. La combinación de mayor grado de mortalidad es:
1. alcohol y marihuana
 2. alcohol y barbitúricos
 3. alcohol y vitaminas
 4. alcohol e inhalantes
 5. alcohol y antidepresivos

81. Cuando se están tomando antibióticos no deben ingerirse bebidas alcohólicas porque:
1. aumenta el efecto del antibiótico
 2. no afecta la acción del antibiótico
 3. retarda la acción del antibiótico
 4. ninguna de las anteriores.
82. El consumo del alcohol por el hombre:
1. el tan viejo como las civilizaciones
 2. se deriva de las tensiones modernas de la urbe
 3. es un problema que nació con el siglo XX
 4. se originó con los medios de comunicación masiva
- 83.Cuál de las siguientes aseveraciones es la correcta:
1. debe beberse para convivir
 2. no es necesario ser un alcohólico reconocible para problemas con el alcohol
 3. debe evitarse la ingestión siempre
 4. todos los seres responden igual ante el alcohol
- 84.Cuál de las siguientes respuestas emocionales son propias del ser humano que sabe beber responsablemente:
1. la huida
 2. beber por depresión
 3. beber por angustia
 4. beber por placer, neutralizando la angustia y depresión y con base en los sentimientos de autoestima y autoaceptación
85. Cuáles de las siguientes situaciones son indicadores de alarma en el consumo del alcohol:
1. alcanzar moderada ebriedad varias veces a la semana
 2. alcanzar la ebriedad una vez a la semana regularmente
 3. llegar a la ebriedad completa una vez al mes
 4. tomar una sola copa al día cada día
86. Cuáles de las siguiente aseveraciones son correctas:
1. la salud mental es el mejor valladar contra el alcoholismo
 2. el adulto que alcanza la verdadera madurez rara vez tendrá problemas con el alcohol
 3. no es necesaria la madurez para tener problemas con el alcohol
 4. la salud mental no tiene nada que ver con el alcoholismo

87. Subraye las aseveraciones correctas:
1. el alcohol es una droga
 2. cualquier cantidad de alcohol es perjudicial para los órganos del cuerpo
 3. la combinación de bebidas provoca la embriaguez
 4. el grado de embriaguez depende del sabor de las bebidas
 5. la embriaguez y el alcoholismo son la misma cosa
 6. el alcoholismo no es un estado temporal
88. Repercusiones escolares ocasionadas por el consumo excesivo del alcohol:
1. bajo rendimiento académico
 2. problemas con las autoridades de la escuela
 3. problemas con los compañeros de clase
 4. ausentismo
 5. todas las anteriores
 6. ninguna de las anteriores

A P E N D I C E 2

TABLA 1: CRITERIOS UTILIZADOS PARA CALIFICAR EL CUESTIONARIO

NO DE REACTIVO	VARIABLE QUE MIDE	CRITERIOS DE CALIFICACION
11, 12, 13, 16 17, 18, 21, 22 23, 24, 25	VARIABLE DEPENDIENTE (PATRON DE CONSUMO)	ES ABSTENIO (SI CONTESTA SI EN PREGUNTA 11, 13, O LAS OPCIONES 1 Y 2 DE LA PREGUNTA 16 O MENOS DE 60 MIN. EN LA PREGUNTA 17 O LA PRIMERA OPCION DE LA PREGUNTA 18). BEBEDOR RESPONSABLE (SI A LA PREGUNTA 12, OPCIONES 3 Y 4 DE LA PREGUNTA 16 OPCIONES 5, 6, 7 DE LA PREGUNTA 18). BEBEDOR EXCESIVO (SI CONTESTA LAS OPCIONES 6-9 DE LA PREGUNTA 16, MAS DE 60 MIN. DE LA 17, OPCION 2 DE LA 18). PARA LAS PREGUNTAS DE LA 21 A LA 25 SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE A MAYOR CANTIDAD Y FRECUENCIA EN EL CONSUMO MAYORES PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.
14	VARIABLE DEPENDIENTE (PATRON DE CONSUMO)	A MENOS EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO, DETERMINAREMOS MAYORES PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE EDAD ADULTA.
15	VARIABLE DEPENDIENTE (PATRON DE CONSUMO)	A MAYOR CONSUMO DE DESTILADOS Y MENOS DE FERMENTADOS, DETERMINAREMOS MAYORES PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO.
19, 20	VARIABLE DEPENDIENTE (PATRON DE CONSUMO)	ESTAS DOS PREGUNTAS SERAN UN INDICADOR DE QUE SI EL SUJETO BEBE SOLO O EN COMPANIA Y LOS LUGARES DE PREFERENCIA.
26, 27	VARIABLE DEPENDIENTE (PATRON DE CONSUMO)	DETERMINAREMOS QUE A MAYOR INCREMENTO EN EL CONSUMO, MAYORES SERAN LAS REPERCUSIONES LABORALES Y FAMILIARES.
28 A 51	VARIABLE DEPENDIENTE (OPINIONES HACIAS LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS)	DE LA 28 A LA 40 Y LA 48, 50 Y 51: OPINION IRRESPONSABLE SI LA RESPUESTA ES SI. DE LA 41 A LA 47 Y LA 49: OPINIONES IRRESPONSABLES HACIA EL ALCOHOL SI LA RESPUESTA ES NO.
52 A 88	VARIABLE INDEPENDIENTE (CONOCIMIENTOS SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS).	SON 37 RESP. SI SE OBTIENEN DE 31 A 37 RESP., EL NIVEL DE LAS MISMAS SERA EXCELENTE; 25 A 30 BUENO; 19 A 24, REGULAR; 13 A 18 MALO; 7 A 12 MUY MALO; 0 A 6, PESIMO. LOS QUE OBTENGAN MAS DE 25 TENDRAN MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE EL ALCOHOL, Y LOS QUE OBTENGAN MENOS DE 25 TENDRAN UN MENOR CONOCIMIENTO.

TABLA 2: RELACIONES ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y LAS OPINIONES HACIA EL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS. Los datos son el número de sujetos en cada categoría.

C O N O C I M I E N T O

	Pésimo-Muy malo	Bueno y Excelente
Favorable	41	11
Desfavorable	13	0

TABLA 3. RELACION ENTRE PATRON DE CONSUMO Y CONOCIMIENTO. Los datos son el número de sujetos en cada categoría.

C O N O C I M I E N T O

	Pésimo-Muy malo	Bueno y Excelente
Abstemio	30	8
Problemático	8	0

TABLA 4. RELACION ENTRE LAS OPINIONES HACIA EL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON EL PATRON DE CONSUMO.

Los datos son el número de sujetos en cada categoría.

PATRON DE CONSUMO

	Problemático	Abstemio
Favorable	26	144
Desfavorable	7	15

A P E N D I C E 3

**Resumen del curso para padres de familia y educadores sobre
"Las bebidas alcohólicas y la salud".**

CESAAL (1986), "Las bebidas alcohólicas y la salud".
Curso para padres de familias y educadores. Centro de Estudios Sobre Alcohol y Alcoholismo. (Dos folletos: guía-cuaderno para el alumno (188 p.p.); guía-cuaderno para el maestro (109 p.p.); México: Dirección General de Capacitación y Mejoramiento Profesional del Magisterio. Secretaría de Educación Pública de México.

El Centro de Estudio Sobre el Alcohol y Alcoholismo, A.C., (CESAAL), es una institución privada, no lucrativa, en cuyo objetivo principal es la investigación en el campo de la psiquiatría y las otras ciencias de la conducta.

CESAAL ha incluido entre sus objetivos, el de la capacitación de recursos humanos en el campo del alcoholismo, así como la producción de material educativo en el campo de la salud, en particular de la salud mental y los problemas derivados del uso del alcohol; de esta manera se elaboró un Curso para Padres de Familia y Educadores en materia de uso, abuso del alcohol y alcoholismo, colaborando Psiquiatras, Médicos Generales, Neurólogos, Neurofisiólogos, Antropólogos, Sociólogos y Demógrafos.

Este curso pertenece principalmente (pero de ninguna forma de manera exclusiva) al campo de la prevención

primaria e intenta, principalmente, desarrollar la estrategia de acción indirecta sobre el niño a través de sus principales conductores. El curso está básicamente localizado en el nivel de prevención primaria en tanto que ésta comprende el conjunto de acciones que tienden a evitar el inicio de las enfermedades, modificando las conductas que influyen en su desencadenamiento. Indirectamente se refiere también a la identificación temprana de sujetos con problemas (prevención secundaria) y favorece la rehabilitación una vez que la enfermedad ha producido daños físicos, psicológicos y sociales (prevención terciaria).

El curso está basado en programas similares a los de los institutos de alcoholismo de Estados Unidos, Canadá, España y Chile pero adaptados a la idiosincracia mexicana.

Las personas más capacitadas para impartir el curso en nuestro país, deben provenir de los estudiantes universitarios, de preferencia de los ciclos terminales, de cualquier carrera profesional. Los más adecuados parecen ser los de medicina, psicología, sociología, antropología y biología, y lo más importante es la motivación que tiene el joven para contribuir al enfrentamiento de un problema social tan importante.

El curso de una presentación que incluye además una justificación, una guía para el profesor del curso y el texto para los alumnos.

El texto de los alumnos incluye un glosario de términos, bibliografía y lecturas recomendadas, una lista de instituciones donde se presta atención al enfermo alcohólico y una relación de centros de información sobre el problema del alcoholismo. La guía para el profesor del curso incluye un juego de diapositivas.

El texto de los alumnos contiene seis lecciones:

Primera: Los efectos del alcohol en el organismo.

Segunda: El camino hacia la salud mental.

Tercera: La influencia de la familia, la sociedad y los medios de comunicación en las actitudes hacia la bebida.

Cuarta: Beber responsablemente.

Quinta: La mezcla de bebidas alcohólicas con otras drogas.

Sexta: El hombre ante las bebidas alcohólicas.

Este curso pretende, entre otros de sus propósitos, ayudar a los individuos a reforzar su capacidad para tomar decisiones sanas en torno a la ingesta del alcohol. Igualmente, mediante la información adecuada sobre los hechos del alcohol y su consumo, se espera que los padres y profesores promuevan en los menores que aún no beben, actitudes saludables respecto de las bebidas alcohólicas y sean capaces de guiarlos, evitando los problemas que habitualmente produce la desinformación.

Sin pretender de ninguna manera terminar con los problemas derivados del consumo del alcohol, este Curso incidirá inevitablemente en los cambios de actitud de la población al informarles verazmente acerca de los efectos del alcohol en el organismo y de cómo pueden evitarse muchas de las complicaciones derivadas de la ingestión inmoderada.