UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

T E S I S

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS REQUISITOS PARA EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CIB
Ej.1
73698

POR:
LUIS ALBERTO SEVILLA GALEANO

DICIEMBRE DE 2012

TL
362.292
S516c
2012
21

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
CENTRO DE INFORMACION-BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

T E S I S

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS REQUISITOS PARA EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

POR:
LUIS ALBERTO SEVILLA GALEANO

DICIEMBRE DE 2012

73698

RESUMEN

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES

DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

por

Luis Alberto Sevilla Galeano

Asesor: Gener José Avilés

RESUMEN DE TESIS DE LICENCIATURA

Universidad de Montemorelos

Facultad de Psicología

Título: CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

Investigador: Luis Alberto Sevilla Galeano

Asesor: Gener José Avilés

Fecha de terminación: Diciembre de 2012

Problema

El consumo del alcohol es un problema social a gran escala el cual afecta casa vez a mas adolescentes y estudiantes universitarios, rompiendo con el estereotipo de que solo los adultos se vuelven dependientes a la sustancia o que la mayoría de las personas que consumen grandes cantidades de alcohol son de género masculino.

Metodología

El estudio fue de tipo cuantitativo transversal y descriptivo convencional. La población estuvo compuesta por los estudiantes de la Universidad de Montemorelos. La muestra consistió en el 10% aproximadamente conformada por un grado de cada carrera.

Se utilizó la batería de test conformada por el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y el cuestionario Cut Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE).

Resultados

De los 108 varones analizados en la muestra se encontró que ocho participantes podrían ser bebedores de riesgo y siete participantes tienen dependencia alcohólica. De las 108 mujeres analizadas en la muestra se encontró que cinco participantes podrían ser bebedores de riesgo y cuatro participantes tienen dependencia alcohólica.

Conclusiones

Según el CAGE, no existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol entre hombres y mujeres de la muestra; Sin embargo, para el AUDIT la prueba muestra que si hay diferencia significativa en el consumo de bebidas alcohólicas al comparar entre mujeres y hombres, siendo los hombres los que poseen mayor consumo.

Universidad de Montemorelos

Facultad de Psicología

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

Tesis

Presentada en cumplimiento parcial para obtener los requisitos del grado de Licenciatura en Psicología Clínica

por

Luis Alberto Sevilla Galeano

Diciembre de 2012

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Licenciatura en Psicología Clínica

por

LUIS ALBERTO SEVILLA GALEANO

APROBADA POR LA COMISIÓN:

Asesor principal: Mtro. Gener Avilés Alatriste

Directora del protocolo de tesis: Dra. Ana Lucrecia Salazar R.

Miembro: Dra. Miriam Acosta V.

Miembro: Dr. Jaime Rodríguez G.

28.12.2012

Fecha de aprobación

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS v
LISTA DE FIGURAS vi

Capítulo
I. NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA 1
Antecedentes 1
Planteamiento del problema 2
Objetivos de la investigación 3
Hipótesis 3
Limitantes 3
Justificación 3
Importancia de la investigación 4
Delimitaciones 4

II. MARCO TEÓRICO 5
Datos históricos 5
Epidemiología 5
Patologías asociadas con el alcoholismo 6
Personalidad del paciente alcohólico 9
Causas 13
Consumo de alcohol en adolescentes y estudiantes universitarios ... 16

III. METODOLOGÍA 20
Tipo de investigación 20
Hipótesis 20
Población y muestra 20
Procedimiento de recolección de datos 21
Criterios de inclusión 21
Criterios de exclusión 22
Limitantes 22
Instrumentos de recolección de datos 22
CAGE 23
AUDIT 23
Análisis de datos 24

IV. RESULTADOS 25
Descripción de la muestra 25
Descripción del consumo de alcohol 25
AUDIT 25
CAGE 33
Comportamiento de variables 36

Prueba de hipótesis 40

V. RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 42

Apéndices 47
A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 49
B. CUESTIONARIO AUDIT 51
C. CUESTIONARIO CAGE 53
D. SALIDAS COMPUTARIZADAS 55

LISTA DE REFERENCIAS 73

LISTADO DE TABLAS

1. Puntos de corte del cuestionario AUDIT para ambos sexos 24

2. Descriptivos de la pregunta 1 del AUDIT 26

3. Descriptivos de la pregunta 2 del AUDIT 27

4. Descriptivos de la pregunta 3 del AUDIT 27

5. Descriptivos de la pregunta 4 del AUDIT 28

6. Descriptivos de la pregunta 5 del AUDIT 29

7. Descriptivos de la pregunta 6 del AUDIT 29

8. Descriptivos de la pregunta 7 del AUDIT 30

9. Descriptivos de la pregunta 8 del AUDIT 31

10. Descriptivos de la pregunta 9 del AUDIT 31

11. Descriptivos de la pregunta 10 del AUDIT 32

12. Descriptivos de la pregunta 1 del CAGE 34

13. Descriptivos de la pregunta 2 del CAGE 34

14. Descriptivos de la pregunta 3 del CAGE 35

15. Descriptivos de la pregunta 4 del CAGE 35

16. Tabla de frecuencias para el AUDIT en varones 37

17. Tabla de frecuencias para el CAGE en varones 38

18. Tabla de frecuencia para el AUDIT en mujeres 39

19. Tabla de frecuencia para el CAGE en mujeres 40

20. Prueba T 40

LISTADO DE FIGURAS

1. Histograma de resultados generales del AUDIT 33

2. Histograma de resultados generales del CAGE 36

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Antecedentes

Una adicción es un padecimiento neurobiológicamente crónico que tiene implicación genética, psicosocial y ambiental que está conformado por las siguientes características: el continuo uso de sustancias a pesar de los efectos adversos, comportamiento compulsivo en el uso de la sustancia, y preocupación por el uso de una sustancia que no tiene propósitos terapéuticos, características que llevan a un comportamiento poco usual y, algunas veces, antisocial con tal de obtener la sustancia (The American Society of Addiction Medicine, 2011). En el manual diagnostico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) no se encuentra el término adicción, sino como dependencia de sustancias, cuya definición es: cuando un individuo persiste en el uso de alcohol u otras drogas a pesar de los problemas causados por el uso de dichas sustancias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a las adicciones con el nombre de farmacodependencia, cuya definición dice: es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. En el caso del síndrome de dependencia del alcohol, la OMS define este problema como: La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos

fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (2001).

Hoy en día las adicciones abarcan ámbitos escolares de todos los niveles. Desde primaria y secundaria, hasta preparatoria y ámbito universitario. La edad de la adquisición del problema de adicción va disminuyendo cada vez más, creando el hábito desde que se está en edad escolar primaria, haciendo que la edad de comienzo de consumo haya disminuido en los últimos años (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). Los estudios revelan que el consumo de sustancias adictivas en los padres y los conflictos maritales son causas determinante en el consumo de sustancias adictivas en los niños (Sanz, Iraurgi, Martínez y Cosgaya, 2006).

Tanto en la pubertad como en la adolescencia existen causas para contraer una adicción, en especial en las que se consumen sustancias. En los jóvenes, la falta de asertividad, el estado emocional, la vinculación psicosocial, entre otros; son factores que se toman en cuenta a la hora de determinar las causas de consumo (García y Carrasco, 2002).

Por otro lado, las universidades son lugares de estudio y superación para los jóvenes, pero para otras personas es la oportunidad de libertad, de alejarse de sus padres y de tomar sus propias decisiones. En este sentido se plantea el siguiente problema de investigación.

Planteamiento del problema

En base al problema de consumo de alcohol que se percibe en la sociedad y considerando la libertad que los estudiantes universitarios tienen con respecto a la toma de sus decisiones, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes de licenciatura de la Universidad de Montemorelos durante el año 2012, y qué diferencias se perciben en función del género?

Objetivos de la investigación

Se plantean básicamente dos objetivos:

1. Determinar que género (masculino o femenino) tiene mayor incidencia de consumo en estudiantes de la Universidad de Montemorelos.
2. Obtener cifras estadísticas sobre el porcentaje de estudiantes que consumen alcohol en la universidad, para valorar la gravedad del problema.

Hipótesis

La hipótesis que se planeta como guía de esta investigación es:

Hi: Existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de Montemorelos, según el género.

Limitantes

La honestidad en las respuestas es necesaria para obtener los resultados deseados y el hecho de que la filosofía de la Universidad de Montemorelos promueva la abstinencia hacia conductas adictivas podría influir en las respuestas de los examinados.

Justificación

Se hace necesaria la investigación sobre el consumo de alcohol en estudiantes porque hasta la fecha no ha habido estudios que midan el problema. La definición de la gravedad del

problema abre las puertas a más investigaciones respecto al consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad de Montemorelos. También ayuda a que la ayuda sea más efectiva.

Importancia de la investigación

Los resultados de la investigación pueden ser usados como punto de referencia a otras investigaciones sobre el problema del consumo de alcohol. También pueden ser usados por personal de ayuda para personas con problemas de consumo o dependencia alcohólica dentro de la Universidad de Montemorelos.

Delimitaciones

Este estudio abarca el nivel de consumo de alcohol de estudiantes de la Universidad de Montemorelos. No se abarco el consumo y dependencia de otras sustancias adictivas (tabaco, marihuana, etc.). Tampoco abarca rasgos de personalidad, etnia o creencia religiosa de los consumidores de alcohol.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Datos Históricos

El problema de las adicciones ha sido una constante en la vida del ser humano. Este problema existe desde que el hombre dejo de ser nómada y se estableció para ser sedentario, para crear un hogar y cultivar la tierra. La adicción al alcohol es tal vez la más común y antigua que existe. El alcohol, del árabe alkhi (esencia o espíritu) es la sustancia adictiva más consumida en el mundo (Freedman, Kaplan y Sadok, 1992).

Citando a Elizondo (1994) "A partir de entonces, la humanidad se ha tornado ambivalente ante el alcohol, al que por un lado aprecia como sustancia maravillosa que lo relaja, desinhibe y le permite olvidar sus penas, y por otro lado lo considera ese terrible fantasma que destruye familias, provoca crímenes y mata a la gente".

Citando a Sousa y Cruz (2008) "El estigma es la consecuencia de los prejuicios y daña a la persona afectando su dignidad y sus derechos... la severa crítica y rechazo de quienes, con aval del modelo moral, desprecian la patología adictiva, les hace considerarlos "viciosos". En consecuencia, los pacientes son despojados o nunca facultados a acceder al apoyo y oportunidades que permite y define una calidad de vida".

Epidemiologia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en el 2005 el consumo per cápita mundial de bebidas alcohólicas equivalió a 6.13 litros de alcohol puro consumido en

personas de 15 años en delante. También nos indica que el mayor consumo se encontró en Europa y parte del hemisferio norte, así como en Argentina, Nueva Zelanda y Australia; el consumo medio se encontró en países del sur de África, América del Sur y América Central; y el consumo menor se encontró en países del norte de África, la región Mediterránea del este y el sur de Asia (OMS global status report on alcohol and health, 2011).

García et al. (2004) dice que salvo alguno países de cultura hindú e islámica donde el consumo es menor por sus tradiciones o influencia religiosa, alrededor del 70% de la población por encima de los 15 años ingiere alcohol, de los cuales del 3 al 5% son dependientes y, de ellos, el 10% se convertirán en bebedores problemáticos en el trascurso de su vida.

En México, según los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), el 71.3% de los jóvenes de 18 a 29 años han consumido alcohol por lo menos una vez en su vida.

A nivel internacional también se ha notado un incremento en el consumo de alcohol por jóvenes universitarios (Díaz-Martínez et al, 2008). Un estudio realizado en los Estados Unidos ha revelado que el consumo de bebidas alcohólicas en instituciones de educación superior puede relacionarse con anualmente con la muerte de 1400 estudiantes, 500000 lesiones, 600000 agresiones físicas, 70000 agresiones sexuales (Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein, Weshler, 2002).

Patologías asociadas con el alcoholismo

La intoxicación alcohólica aguda es una síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual de la persona, en la cual dependiendo de la cantidad ingerida puede llevar desde la leve desinhibición, el coma hasta la depresión respiratoria y la muerte (Izquierdo, 2002).

Guerola y Martínez (2000) explican que la intoxicación es el trastorno mental orgánico más común producido por el alcohol, sin contabilizar las intoxicaciones alimentarias, esta es la causa de intoxicación más frecuente en nuestro medio donde existe una gran tolerancia social, sobre todo en adolescentes, jóvenes, y en fines de semana y días festivos.

La intensidad de los efectos dependerá de la tolerancia desarrollada por la persona, la concentración de etanol en la sangre, la cual a su vez depende de la cantidad de alcohol ingerida y su graduación, la velocidad de absorción digestiva, de la cantidad de liquido que se beba con el alcohol, el peso del paciente y el tiempo que haya pasado después del consumo (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Monte et al. (2010) reporta que la mejor descripción que se ha hecho sobre el síndrome de abstinencia fue hecha por Víctor y Adams hace 50 años, en la cual describen minuciosamente 3 entidades de pacientes ingresados por este motivo, en la que aparecen estados temblo-roso-alucinatorios, epiléptico y delirante.

El delirium tremens es la forma más grave del síndrome de abstinencia provocado por el alcohol, el cual se caracteriza por la obnubilación de la conciencia en diferentes grados, perturbación de la orientación, paranoia, ilusiones y alucinaciones (Saunders y Janca, 2010).

Dijk et al. (1992) explican que la ingesta de alcohol tiene efectos negativos sobre el sueño, los cuales son más prominentes durante la primera mitad de la noche y reduce la latencia al sueño de una forma dependiente de la dosis.

Charness (1993) dice en su estudio que aproximadamente entre un 50 y 70% de los alcohólicos presentan alteraciones cognitivas. Fein, Bachman, Fisher y Davenport (1990) explican que durante los primeros meses de la abstinencia las disfunciones cognitivas aumentan en las dos terceras partes de los individuos que están en desintoxicación, pero la mayoría de los

individuos, después de una abstinencia prolongada estas alteraciones se normalizan, si no en total, al menos parcialmente. No obstante en el 10% de los alcohólicos estas alteraciones permanecen sin cambios.

Adams, Gilman, Koeppe y Kluin (1995) dicen que las alteraciones cognitivas más frecuentes por el consumir crónico de alcohol son: trastornos intelectuales y de razonamiento complejo, trastornos de la memoria y trastornos de la atención.

Chirivella, Espert y Gadea (1996) explican que Carl Wernicke describió en el siglo XIX un trastorno neurológico agudo en el que se observo: oftalmoplejía la cual incluye parálisis parcial o total del musculo del ojo, ataxia y estado confucional caracterizado por obnubilación de la conciencia, desorientación temporoespacial, perplejidad ansiosa y trastornos de la memoria; la cual se presenta en alcohólicos crónicos con una nutrición deficiente.

Su etiología se debe a la falta de tiamina la cual es típica de los individuos con alcoholismo crónico debido a que el alcohol impide la absorción intestinal de la tiamina e impide la formación de pirofosfato de tiamina que es la forma activa (Garrido y Fernández-Guinea, 2004).

La enfermedad de Wernicke en el paciente alcohólico suele ser acompañada por el síndrome de Korsakoff, siendo la psicosis de Korsakoff la manifestación psíquica y de instauración tardía de esta (Ropper y Brown, 2007).

El síndrome amnésico de Korsakoff se caracteriza por un fuerte deterioro de las funciones cognitivas de la memoria anterógrada y retrograda, apatía y preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales (Kopelman, 2002).

Sullivan, Rosenbloom y Pfefferbaum (2000) indican que el consumo desmedido y prolongado del alcohol causa daños cerebrales y déficit cognitivo en individuos con síndrome de

Korsakoff, creando lesiones en las neuronas colinérgicas del complejo basal; lesiones que pueden explicar el porqué de los síntomas amnésicos y el cuadro demencial.

En México, el consumo de alcohol es el responsable de enfermedades como las cirrosis hepática, la cual actualmente es la tercera causa de muerte en los hombres y la séptima causa de muerte en las mujeres (Gonzales-Pier et al, 2007).

Becoña, Juan, Calafat y Ros (2008) mencionan en su estudio que el alcohol afecta no solo en el comportamiento de las personas o en su vida social sino también que traen consecuencias de salud aun peores que la adicción como el riesgo de embarazo o el riesgo de contraer enfermedades de trasmisión sexual, de las cuales algunas de ellas son incurables como el VIH, y embarazos no deseados.

Las personas alcohólicas son 60-120 veces tienen más riesgo de suicidarse que la población general. Se ha reportado en un estudio realizado en los Estados Unidos que el 40% de la muestra de pacientes hospitalizados con depresión y problemas de alcoholismo habían atentado suicidarse un algún momento de esa semana, mientras que el 70% lo había intentado alguna vez en la vida (Cornelius, Salloum, Day, Thase y Mann, 1996).

En un estudio longitudinal realizado en México por Ocampo, Bojorquez y Cortez (2009), se demostró que tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta el consumo y la variedad de sustancias mayor era el riesgo de suicidio.

Personalidad del paciente alcohólico

Belloch, Sandín y Ramos (1995) nos explican en su texto que tradicionalmente se usan tres tipos de patrones de abuso y dependencia del alcohol, siendo el primero un consumo regular y diario de grandes cantidades de alcohol, el segundo un consumo abundante pero limitado

regularmente a fines de semana, y el tercero consiste en beber hasta el estado de embriaguez en episodios que pueden durar de días a meses intercalados por periodos lagos de abstinencia.

Leggio, Kenna, Fenton, Bonenfant y Swift (2009) explican que desde hace mucho tiempo, en lo que respecta al alcoholismo, se utilizan tipologías de manera que se puede identificar más fácilmente los subtipos de pacientes dependientes del alcohol, que comparten características fundamentales, para que sea más fácil aplicar un tratamiento efectivo.

Jellinek (1960) fue el primero en aplicar una tipología que consiste en cinco tipos de patrones de consumo usando las primeras cinco letras del alfabeto griego, siendo el patrón Gama y Delta en los que ocurre la dependencia física de la sustancia.

Jellinek explica que el bebedor Alfa presenta una dependencia del alcohol puramente psicológica y no hay alteraciones si se suspende el consumo y el bebedor Beta presenta complicaciones como gastritis, cirrosis hepática y otras, sin existir dependencia física o psicológica (1960). Se explica también otro patrón, el bebedor Épsilon, llamada también dipsomanía, la cual consiste en que la persona no bebe todos los días, sino que coge borracheras de forma imprevisible. Dentro de las fases del alcoholismo, Jellinek las dividió en cuatro: fase I o prealcohólica, fase II o fase alcohólica temprana, fase III o fase crucial, y fase IV o fase crónica (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Se ha demostrado en el pasado que el deseo al consumo del alcohol se debe a un mecanismo obsesivo compulsivo del consumidor (Jellinek, 1960), así su relación con otras psicopatologías. Cloninger y cols. (1981) Propuso una tipología mas basada en la personalidad del alcohólico delineada por el subtipo I y II; en la cual, el subtipo I se refiere a personas que empiezan con la adicción después de los 25 años y bajo la influencia fuerte de factores sociales, mientras que el subtipo II esta caracterizado por alcohol dependientes menores de 25 años,

que se supone, heredaron la enfermedad de sus padres. Recientes estudios auto radiográficos (Tupala et al., 2003) han relacionado la tipología de Cloninger con los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos y dopaminérgicos, en los cuales los alcohólicos tipo I pueden tener un déficit en la transmisión dompaminérgica relacionada con una disminución en la densidad de los sitios estríales de transporte dopaminérgico.

En un estudio realizado por Brennan (1986) los consumidores de grandes cantidades de alcohol fueron descritos como buscadores de placeres, extrovertidos, impulsivos, rebeldes e inconformes. El rasgo extraversión/sociabilidad ha sido investigado en otras ocasiones como diferencia individual que predice el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Estudios en los que los estudiantes reportaron se extravertidos e ir a fiestas han demostrado consumir más alcohol que otros estudiantes (Weschler et al. 1995). Entre mujeres el consumo fuerte de alcohol tiene relación con sentimientos de baja autoestima (Corbin el al.1996).

Zucker (1986) propuso una tipología que consiste en el modelo de desarrollo que consisten en los tipos de personalidad de un paciente con dependencia alcohólica, los cuales son: ansiopática, de dependencia media o no severa, con efectos negativos en síntomas relacionados con la depresión, de comportamiento antisocial, y limitado por el desarrollo.

Dos años después Lech et al. (1988) desarrollo una tipología basada en su estudio de 5 años aplicado a 444 alcohol dependientes, en el cual explica los subtipos dependiendo de los diferentes padecimientos o síntomas, ya sean fisiológicos, clínicos o comportamentales, que el alcohólico presenta en el curso de su adicción.

Los subtipos están organizados de la siguiente manera: el modelo alérgico que consiste en severo síndrome de abstinencia, uso de alcohol para prevenir el síndrome, historia familiar de alcoholismo, etc.; modelo de conflicto de ansiedad que incluye la automedicación sedativa,

periodos libres de alcohol, conducta autodestructiva, etc.; modelo depresivo que incluye trastorno afectivo, uso de alcohol como antidepresor, etc.; y modelo de adaptación que incluye efectos cerebrales pre-mórbidos, altas cargas sociales antes de los 14 años, etc. (Hillemacher et al., 2006).

Más adelante Babor et al. (1992a) desarrollaron una tipología basada en un análisis en constelación (cluster analisys) aplicado a 321 sujetos dependientes al alcohol, cuyos resultados llevaron a Babor a dividir al consumidor de alcohol como: tipo A (adquisición tardía del problema, pocos factores de riesgo en infancia, menos estrés y patología, etc.), y tipo B (adquisición temprana del problema, muchos factores de riesgo en infancia, mas estrés y patología, etc.) (1992b).

Ese mismo año Hill (1992), basándose en la tipología de Cloninger (tipo I y tipo II), propone un tipo III, en el cual examinando hermanos dependientes del alcohol, y familiares cercanos, determina que el factor sociopático o antisocial en la mayoría de los casos va ligado a la dependencia y abuso de alcohol.

Sher y Trull (1994) expresan en su investigación que la personalidad del consumidor de alcohol está basada en tres tipos de constructos: impulsividad/desinhibición, extraversión/sociabilidad y neuroticismo/emotividad.

Un modelo de cuatro subtipos fue propuesto por Del Boca y Hasselbrock (1996) basado en los datos de Babor, encontrando pequeñas diferencias de género en el subtipo A, en las que explica: en el hombre se encontró que empieza a consumir a temprana edad, padece de menos estrés, y usa pocas drogas tranquilizantes; mientras en la mujer se encontró que tiene más historia familiar de alcoholismo, mas consecuencias físicas y sociales, y más problemas médicos.

Un estudio realizado por Baer (2002) indica que los consumidores de alcohol tiene un rasgo de personalidad que tiene que ver con la expresión de impulsos/búsqueda de sensaciones, el cual está asociado con un consumo más frecuente de alcohol en grandes cantidades y con consecuencias más negativas entre estudiantes universitarios.

Windle y Scheidt (2004) reportan una nueva tipología en la que incluyen los subtipos de: curso medio (varios años de consumo, niveles bajos de consumo, etc.), polidroga (niveles altos de consumo de drogas y uso de benzodiacepinas), efectos negativos (altos niveles de síntomas incluyendo trastornos depresivo y ansioso), y alcoholismo crónico (altos niveles de consumo, altos niveles de consecuencias sociales adversas, etc.)

Cardoso et al. (2006) propuso una nueva clasificación que consta en cinco subtipos que incluyen: ansiopático (funcionamiento ansioso), heredopático (influencia genética y familiar), timopático (sintomatología afectiva), sociopático (comportamiento antisocial en estado de ebriedad), y adictopático (consumidor joven de diversas drogas).

Causas

Desde hace ya algún tiempo en la investigación sobre adicciones se ha suscitado la pregunta ¿Cuál es la verdadera causa por la cual el ser humano desarrolla adicciones?, ¿es acaso una causa genética?, o ¿se trata de comportamiento meramente aprendido?

La dependencia de Alcohol, como esta explicado en el manual de diagnóstico psiquiátrico (DSM-IV) también explica que el consumo de alcohol regularmente empieza en la adolescencia o en la adultez temprana.

Varios investigadores han enumerado una serie de factores en la niñez que predicen el consumo de alcohol en el futuro, siendo estos; la exposición prenatal al alcohol, el historial familiar de alcoholismo, comportamiento antisocial por ambos padres, depresión particular-

mente por parte de la madre, falta de cuidados o negligencia, comportamiento antisocial en el niño, uso de otras sustancia en la niñez, señales sobre problemas cognitivos y de aprendizaje, problemas de atención, falta de control de sus emociones y comportamiento (National Research Council and Institute of Medicine, 2004; Donovan, 2004; Zucker, 2006).

Según Belloch, Sandín y Ramos (1995) existen cuatro causas por las cuales una persona se convierte en alcohólica: evitación del síndrome de abstinencia, mecanismo de recompensa, hipótesis adaptativa y predisposición genética.

La exposición crónica al etanol hace que disminuyan el número de receptores del ácido gama-amino butírico (GABA) haciendo un aumento compensatorio de N-metilo D-aspartato, que cuando hay un cese de etanol en el organismo de la persona dependiente, estas adaptaciones pueden hacer que se produzcan los síntomas del síndrome de abstinencia (Dodd, Beckman, Davidson y Wilce, 2000). Jaffe (1988) explica que el síndrome de abstinencia a veces es tan severo, intenso y aversivo que los afectados mantendrán la ingesta con el fin de evitar los síntomas.

Las actividades placenteras como comer o el sexo son reguladas en nuestro cerebro por el sistema de motivación-recompensa haciendo que se repita una y otra vez la conducta placentera (Fiorino, Coury y Phillips, 1997). Koob (1992) refiere que, en los mecanismo de recompensa, los sujetos de hacen dependientes a los efectos positivos del alcohol, en el que se ingiere por su capacidad de recompensa, siendo los beneficios percibidos por el sujeto la causa por la cual no presenta abstinencia.

Everitt y Robins (2005) conciben la adicción como una transición desde un estadio inicial en el que las drogas se consumen de manera voluntaria por sus efectos placenteros hasta

un estadio final en el que se pierde control de esa conducta que pasa a convertirse en un hábito en último término compulsivo.

Se ha estudiado mucho y se sabe que los factores ambientales como el estrés, son factores para que una personas consuma alcohol, tratando de evadir el malestar que esto causa (Sinha, 2008). Laucht et al. (2009) explica que los adultos jóvenes que estas expuestos a adversidades psicosociales tienen más riesgos de consumir alcohol de manera peligrosa que los que no están expuestos a estos estímulos.

Masten, Faden, Zucker y Spear (2009) refieren que el uso, abuso y dependencia de alcohol tiene patrones críticos relacionados con la edad, los efectos de corto , mediano y largo plazo del alcohol varían dependiendo de la edad y el desarrollo, el desarrollo por si mismo puede ser alterado por la exposición al alcohol, el uso inmoderado del alcohol en el adolescente puede deducirse por factores relacionados en su niñez, y el riego de comenzar a consumir o la prevención del consumo dependen también de patrones relacionados con la edad.

La relación entre los genes de una persona y el consumo de alcohol y dependencia ha sido ampliamente documentada en las últimas décadas, dando los resultados de estudios de gemelos, adopción y de familias que indican que individuos con antecedentes familiares de alcoholismo presenten un riesgo de 3 y 5 veces superior a los sujetos sin antecedentes familiares de alcoholismo (Prescott y Kedler, 1999).

Schuckit y Smith (1997) explican que la mayor vulnerabilidad o abuso al alcohol en individuos con antecedentes familiares de alcoholismo se ha explicado en función de una menor intensidad de su respuesta fisiológica y subjetiva, y por tanto del menor refuerzo positivo que experimentan a dosis moderadas de alcohol.

Nestler y Aghajanian (1997) explican que las diferencias en la importancia de los factores genéticos y ambientales en distintas substancias psicoactivas posiblemente reflejan las diferencias de las distintas clases de drogas en sus mecanismo de acción, sus efectos neurobiológicos y en sus efectos subjetivos y conductuales.

Estudios realizados por Carlson et al. (2002) indican que los hijos de padres alcohólicos traen una tendencia natural 4 veces más marcada hacia desarrollar el mismo trastorno sin importar si viven con padres alcohólicos o no.

El abuso del alcohol en edades tempranas interfiere con el desempeño escolar y la concentración, daña las relaciones interpersonales, altera las funciones cerebrales y otros aspectos del desarrollo de los cuales tiene consecuencias para el éxito y logros en el futuro en áreas como el trabajo, la salud y el bienestar (Masten et. al., 2005).

Existen varios principios de psicopatología del desarrollo para tratar de explicar el uso temprano de alcohol los cuales nos proveen de un mapa conceptual muy útil para entender este problema (Cicchetti y Cohen, 2006).

El principio del desarrollo explica que la influencia e interacción entre genes y ambiente determinan el curso del desarrollo humano, esto hace que el desarrollo individual tome varias vías, lo que afecta a unos no afecta a otros de la misma manera o ninguna; con respecto al alcoholismo esto nos indica que una persona se puede convertir en alcohólica sin importar que haya tenido una niñez problemática o una niñez ordenada (Gottesman y Hanson, 2005; Masten, 2007).

Consumo de alcohol en adolescentes y estudiantes universitarios

Algunos de los problemas que representa el estudio de consumo de alcohol en estudiantes universitarios depende del lugar en que se encuentre la institución educativa a investi-

gar ya que del lugar depende la disponibilidad de bebidas alcohólicas, así como el precio y la mercadotecnia que se utiliza para vender y las tradiciones de consumo locales (Dowdall y Wechsler, 2002).

La investigación realizada por Carrasco, Barriga y León (2004) demostró que los estudiantes con mayor satisfacción escolar tenían tasas más bajas de consumo y de episodios de embriaguez con cerveza y bebidas destiladas en comparación con los estudiantes que tenían una menos satisfacción escolar.

Un estudio realizado por Briñez (2001) en estudiantes universitarios demostró que los hombres tienen mayor riesgo de intoxicación, dependencia y de abuso alcohólico principalmente bajo el consumo ocasional, ligero y frecuente; las mujeres presentan mayor riesgo de presentar esos mismos problemas bajo el consumo severo; estos problemas se incrementan progresivamente en relación directa con el nivel de consumo.

La Encuesta Nacional de Uso de Sustancias y Salud de Estados Unidos en el 2007 (National Survey on Drug Use and Health) encontro que cada vez es más constante ver el consumo de alcohol en menores de edad, lo que convierte a la adolescencia en la etapa de incubación de esta adicción aumentando dramáticamente el consumo entre los 12 y 21 años de edad alcanzando su máximo y manteniéndose relativamente constantemente alta la cantidad de consumo de alcohol hasta alrededor de los 50 años de edad (Substance abuse and mental health service administration, 2008).

Estudios actuales han demostrado que el problema de adicciones en adolescentes puede predecirse dependiendo de la estructura del sistema familiar. La tendencia hacia el riesgo de un adolescente a contraer una adicción está fuertemente ligada a los lazos emocionales, la in-

capacidad de cambiar la estructura de poder, la relación con los roles familiares y la reglas dentro del sistema familiar (Taffa y Baiocco, 2009).

De acuerdo con un estudio realizado por Johnston et al. (2006) al menos dos tercios de los estudiantes de la secundaria reportaron haber tomado alcohol alguna vez, y dos quintas partes reportaron haberse embriagado.

Algunos cambios estresantes han demostrado, en algunos casos, ser también causas de consumo entre adolescentes como por ejemplo casarse a temprana edad o trabajar más de 20 horas a la semana, estos adolescentes tienen más probabilidades de empezar a beber que los que tiene un desarrollo social normal (Martino et al. 2004; Mortimer y cols. 2004).
También se ha demostrado que los animales adolescentes son más sensitivos a efectos placenteros obtenidos por el consumo de alcohol que los animales adultos (Doremus et al. 2003).

Dowdall y Wechsler (2002) explican que respecto a los factores de consumo en universitarios los autores enumeran: factores individuales: entre los cuales tenemos historia previa de consumo, edad de primer consumo, comportamiento de alto riesgo y redes sociales; entre el ambiente universitario tenemos: tradición de consumo, tipo de institución, grupos de iguales y sistema de residencias; entre el ambiente de consumo tenemos: disponibilidad, precio, propaganda y proximidad de tiendas de venta de alcohol.

Anteriormente se ha comprobado que los estudiantes que tienen creencias religiosas y valores bien arraigados son menos propensos a consumir alcohol. Un estudio realizado en 140 colegios reporto que en ítem "la religión es importante" en el cuestionario estaba significativamente e independientemente relacionado con el consumo de alcohol más bajo (Wechsler et al. 1995).

Brennan et al. (1986) examinaron en 8 estudios diferentes y encontraron que los estudiantes universitarios tiene regularmente 2 motivos para consumir alcohol: beber por propósitos sociales, y para crear un escape emocional y alivio.

En un estudio realizado por Billinham et al. (1993) se descubrió que las motivaciones también varían dependiendo el género; siendo las motivaciones femeninas: consumir para emborracharse, olvidar decepciones, sentirse bien, y pasársela mejor en las citas; en los hombre aparecieron varias variables pero la más marcada en fue: consumir para emborracharse.

Se ha comprobado que los estudiantes que consume alcohol tienden a descuidar sus responsabilidades escolares; entre las cuales están el menor interés en acudir a clases, una peor autovaloración de su rendimiento escolar, una menor dedicación a los deberes de la casa y, en cambio, un mayor número de horas destinadas a ver televisión (Pérula, Ruiz, Fernández y cols. 1998).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo transversal y descriptivo convencional. Se dice que es un estudio cuantitativo porque recaba datos objetivos para poner a prueba la hipótesis. Es un estudio transversal porque se realizaron las mediciones una sola vez y porque se considera que todo el proceso de investigación llevo alrededor de ocho meses de planeación y ejecución. Es descriptivo porque pretende describir el fenómeno del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad de Montemorelos.

Hipótesis

La hipótesis de este estudio es:

Hi: Existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de Montemorelos, según el género.

Ho. No existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de Montemorelos, según el género.

Población y muestra

La población está compuesta por los estudiantes de la Universidad de Montemorelos. Se aplicaron los instrumentos a un grado de cada carrera. Para la toma de la muestra se procedió a pedir el apoyo de maestros de distinta facultades explicándoles en que consiste el

estudio y los instrumentos. La elección del grado dependió de la disposición y elección del maestro.

Procedimiento de recolección de datos

Se tomó un grado de cada carrera sin importar si eran de primer ingreso, intermedio o pre graduando. La elección del grado a examinar dependió de la disponibilidad y consideración del maestro al que se le pidió apoyo en la recolección de datos.

Una vez hecho un acuerdo con el maestro a pedir apoyo se agendó el día y el curso de la carrera a examinar. En el periodo otorgado por el maestro correspondiente se les entrego a los alumnos la batería de test conformada por el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y el cuestionario Cut Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE), explicándoles de antemano de que trata la investigación, el cuestionario y haciendo petición de que contesten las preguntas lo mas sinceramente posible. También se les presento una carta de consentimiento informado. En caso de que algún estudiante no pudiese participar en la investigación, ya sea porque su caso está dentro de los criterios de exclusión mencionados en el capítulo 1 o porque no esté de acuerdo con los términos de la carta de consentimiento informado, se respeto la decisión de no participar.

Criterios de inclusión

La muestra consistió en los estudiantes internos de los dormitorios 3 y 4, y externos de la Universidad de Montemorelos.

Se les presentó una carta de consentimiento informado a los examinados y se tomo como muestra a aquellos que estaban de acuerdo con los términos de la investigación. Solo fueron tomados los estudiantes universitarios.

Criterios de exclusión

Para ésta investigación se tomaron en cuenta exclusivamente a los estudiantes universitarios.

En el caso de la Universidad de Montemorelos, solamente se examinaron personas que eran estudiantes universitarios, aunque residan en los dormitorios 3 y 4 o fuera del campus.

Se excluyeron estudiantes que estaban bajo algún tratamiento médico, que pudieran alterar los resultados de las pruebas.

Se excluyeron aquellos que no firmaron la carta de consentimiento informado.

Limitantes

Se tomó como muestra el 10% de la población universitaria, entre la cual 5% son residentes de los dormitorios 3 y 4, y 5% viven fuera del campus universitario.

Las mediciones fueron tomadas antes de que terminara el semestre de enero a mayo del año 2012.

La honestidad en las respuestas fue necesaria para obtener los resultados deseados, el hecho de que en la Universidad de Montemorelos se castiguen conductas adictivas podría influir en las respuestas de los examinados. Para comprobar la validez se realizó un estudio piloto.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una batería de pruebas diseñadas para la detección de consumo de alcohol precoz y de riesgo. La batería la conforman los cuestionarios CAGE y AUDIT.

CAGE

Este cuestionario heteroaplicado consta de cuatro ítems. Tres de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Los cuatro ítems son de respuesta dicotómica si/no.

Corrección e interpretación:

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los cuatro ítems; en cada ítem, la respuesta afirmativa vale un punto y la negativa vale cero; los autores recomiendan usar los siguientes puntos de corte, cero significa que no hay problema relacionado con el alcohol, el resultado de un punto es indicio de problema relacionado con el alcohol, un puntaje entre dos y cuatro es indicio de dependencia alcohólica.

AUDIT

El AUDIT es un instrumento autoaplicado que consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como problemas derivados de este. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes.

Corrección e interpretación:

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems, en cada ítem; el valor de las respuestas oscila entre cero y cuatro (en los ítems nueve y 10 los valores posibles son tan solo cero, dos y cuatro), el valor de la puntuación total oscila pues entre cero y 40; existen puntos de corte diferenciados para mujeres y hombres que se proporcionan en la Tabla 1.

Tabla 1.
Puntos de Corte del cuestionario AUDIT para ambos sexos.

	Hombres	Mujeres
Sin problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problema físico-psíquico con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Análisis de datos

Una vez aplicada la batería de cuestionarios y terminada la recolección de los datos de la muestra se procedió a construir una base de datos con los resultados de cada batería en Excel.

Para facilitar el uso de SPSS, en Excel se hizo una tabla y se escribieron las respuestas y datos en números.

Para los datos de género se codificó el número 1 para designar a los participantes masculinos y el 2 para designar a los femeninos. También se registraron la edad de los participantes y la carrera correspondiente.

Para interpretar los resultados del AUDIT se codificó con un cero la pregunta dos, puesto que la pregunta supone que las personas han consumido alcohol previamente. Para el CAGE se codificó con el número uno la respuesta positiva y con el dos la negativa, las preguntas que no se consideraron para el estudio se codificaron con el cero.

Obtenido el cómputo en Excel se procedió a copiarlo en el SPSS donde se graficaron los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de la Muestra

Se administró el instrumento a 216 estudiantes de los cuales 108 fueron mujeres y 108 fueron hombres. Muy pocas personas decidieron no participar en el estudio. La media de edad en la muestra fue de 20.5 años con una desviación típica de 3.68 años. De los 216 examinados, 125 eran de la Facultad de Ciencias de la Salud (FACSA), de los cuales en su mayoría son de las carreras de Medicina con 36 participantes y de Odontología con 32 participantes. De las demás facultades se tuvo mayor número en la Escuela Normal con 25 participantes.

Descripción del consumo de alcohol

A continuación se describen los resultados con respecto al consumo de alcohol tomando como base las mediciones a través del AUDIT y el CAGE.

AUDIT

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la primera pregunta del cuestionario AUDIT. Del total de la muestra, 161 participantes contestaron que nunca consumían alcohol, que representa un 74.5%. La muestra indicó que 36 participantes consumen alcohol una o menos veces al mes, lo que representa un 16.7%. En la muestra hubo 13 participantes que contestaron que consumen alcohol de dos a cuatro veces al mes, lo que representa un 6.0%. La muestra identificó a 5 participantes que contestaron que consumen alcohol de dos a tres veces

por semana, lo que representa un 2.3%. Finalmente se encontró solamente a un participante que contesto que consume alcohol cuatro o más veces por semana, lo que representa un 0.5%.

Tabla 2
Descriptivos de la pregunta 1 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	161	74.5	74.5	74.5
	1 Una o menos veces al mes	36	16.7	16.7	91.2
	2 De 2 a 4 veces al mes	13	6.0	6.0	97.2
	3 De 2 a 3 veces a la semana	5	2.3	2.3	99.5
	4 Cuatro o más veces a la semana	1	.5	.5	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

El promedio en esta primera pregunta se ubica en 0.38 en una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada no consume frecuentemente bebidas alcohólicas, ya que el promedio está muy cercano a cero, donde cero indica que nunca consumen bebidas con alcohol. La desviación típica es de 0.743 unidades.

En la Tabla 3 se presenta la cantidad de bebidas alcohólicas que una persona podría beber en un día de consumo normal. El 87.5% de los participantes toman de cero a dos bebidas, el 4.2% de los participantes toman tres o cuatro, el 3.7% consume 5 o 6, 1.9% consume de 7 a 9 bebidas, y el 2.8% consume 10 o más. El promedio en ésta pregunta se ubica en 0.28 en una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada consume de cero a dos bebidas alcohólicas en un día de consumo normal. La desviación típica es de 0.851.

Tabla 3
Descriptivos de la pregunta 2 del AUDIT.

¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 1 o 2	189	87.5	87.5	87.5
	1 3 o 4	9	4.2	4.2	91.7
	2 5 o 6	8	3.7	3.7	95.4
	3 De 7 a 9	4	1.9	1.9	97.2
	4 10 o más	6	2.8	2.8	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 4 se presentan los resultados de las respuestas de los participantes a la pregunta de con qué frecuencia consume 6 o más bebidas en una sola ocasión de consumo. El 85.6% de los participantes contestaron la opción nunca, el 8.3% de los participantes contestaron que lo hacen menos de una vez al mes, el 3.7% dicen que lo hacen mensualmente, y el 2.3% dicen que lo hacen semanalmente. El promedio se ubica en 0.23 en una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada no consume seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo. La desviación típica es de 0.625.

Tabla 4
Descriptivos de la pregunta 3 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	185	85.6	85.6	85.6
	1 menos de una vez al mes	18	8.3	8.3	94.0
	2 Mensualmente	8	3.7	3.7	97.7
	3 semanalmente	5	2.3	2.3	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 5 se presentan los resultados de la pregunta con qué frecuencia en el último año ha sido incapaz de dejar de beber una vez que había empezado. El 86.1% de los participantes contesto con la opción de Nunca, el 6.5% de los participantes contesto que le ocurría menos de una vez al mes, el 4.2% contesto que mensualmente, y el 3.2% contesto que le ocurre a diario o casi a diario. El promedio se ubica en 0.28 en una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada nunca ha sido incapaz de beber una vez que había empezado en el curso del último año. La desviación típica es de 0.822.

Tabla 5
Descriptivos de la pregunta 4 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	186	86.1	86.1	86.1
	1 menos de una vez al mes	14	6.5	6.5	92.6
	2 Mensualmente	9	4.2	4.2	96.8
	4 A diario o casi a diario	7	3.2	3.2	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 6 se presentan las respuestas de los participantes sobre la pregunta de con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido. El 97.2% de los participantes contesto Nunca, el 2.3% contesto Menos de una vez al mes, y un participante que representa el 0.5% contesto Mensualmente. El promedio se ubica en 0.03 en una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada nunca tuvo un episodio en el que no pudo hacer lo que se esperaba de ellos porque habían bebido. La desviación típica es de 0.202.

Tabla 6
Descriptivos de la pregunta 5 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	210	97.2	97.2	97.2
	1 menos de una vez al mes	5	2.3	2.3	99.5
	2 Mensualmente	1	.5	.5	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 7 se presentan las respuestas a la pregunta de con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior. 96.3% de los participantes contestaron Nunca, el 2.3% contestaron Menos de una vez al mes, dos participantes que representan el 0.9% contestaron Mensualmente, y un participantes que representa el 0.5% contesto A diario o casi a diario. El promedio se ubica en 0.06 de una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada nunca ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior. La desviación típica es de 0.362.

Tabla 7
Descriptivos de la pregunta 6 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	208	96.3	96.3	96.3
	1 menos de una vez al mes	5	2.3	2.3	98.6
	2 Mensualmente	2	.9	.9	99.5
	4 A diario o casi a diario	1	.5	.5	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 8 se presentan las respuestas sobre la pregunta de con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido. El 90.7% de los participantes contestaron Nunca, 6.9% contestaron menos de una vez al mes, el 1.4% contestaron Mensualmente, y dos participantes que representan el 0.9% contestaron A diario o casi a diario. El promedio se ubica en 0.13 de una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada, en el curso del último año, nunca ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa por haber bebido. La desviación típica es de 0.506.

Tabla 8
Descriptivos de la pregunta 7 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	196	90.7	90.7	90.7
	1 menos de una vez al mes	15	6.9	6.9	97.7
	2 Mensualmente	3	1.4	1.4	99.1
	4 A diario o casi a diario	2	.9	.9	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 9 se presentan las respuestas de los participantes sobre a pregunta de con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo. El 91.7% de los participantes contesto Nunca, el 5.6% de los participantes contesto Menos de una vez al mes, dos participantes que corresponden el 0.9% contestó Mensualmente, un participante que corresponde el 0.5% contestó Semanalmente, y tres participantes que corresponden al 1.4% contesto A diario o casi a diario. El promedio se ubica en 0.14 en una escala de cuatro ítems, lo que indica que en general la muestra estudiada, en el curso del último año, nunca ha tenido un episodio en el que no recuerde lo que sucedió la noche anterior porque estaba bebiendo. La desviación típica es de 0.581.

Tabla 9

Descriptivos de la pregunta 8 del AUDIT.

¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	198	91.7	91.7	91.7
	1 menos de una vez al mes	12	5.6	5.6	97.2
	2 Mensualmente	2	.9	.9	98.1
	3 semanalmente	1	.5	.5	98.6
	4 A diario o casi a diario	3	1.4	1.4	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 10 se presentan las respuestas de los participantes sobre la pregunta Usted u otra persona han resultado heridos porque usted había bebido. El 95.8% de los participantes contesto la opción No, el 1.9% de los participantes contesto Si pero en el curso del último año, y el 2.3% contesto Si en el último año. El promedio se ubica en 0.13 en una escala de tres ítems, lo que indica que en general la media estudiada nunca ha resultado herida porque había estado bebiendo. La desviación típica es de 0.655.

Tabla 10

Descriptivos de la pregunta 9 del AUDIT.

¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	207	95.8	95.8	95.8
	2 Si, pero en el curso del último año	4	1.9	1.9	97.7
	4 Si, el último año	5	2.3	2.3	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 11 se presentan las respuestas de los participantes sobre la pregunta Algún familiar, amigo, medio o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de

bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber. El 93.1% contesto la opción No, el 1.9% contesto Si pero en el curso del último año, y el 5.1% contesto Si en el último año. El promedio se ubica en 0.24 en una escala de tres ítems, lo que indica que en general la media estudiada no ha tenido nadie que haya mostrado preocupación por su consumo alcohólico o le haya sugerido que deje de beber. La desviación típica es de 0.914.

Tabla 11

Descriptivos de la pregunta 10 del AUDIT

¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	201	93.1	93.1	93.1
	2 Si, pero en el curso del último año	4	1.9	1.9	94.9
	4 Si, el último año	11	5.1	5.1	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

Como se muestra en el siguiente histograma los resultados descriptivos generales del AUDIT indican que la media obtenida es de 1.9 con una desviación típica de 4.223.

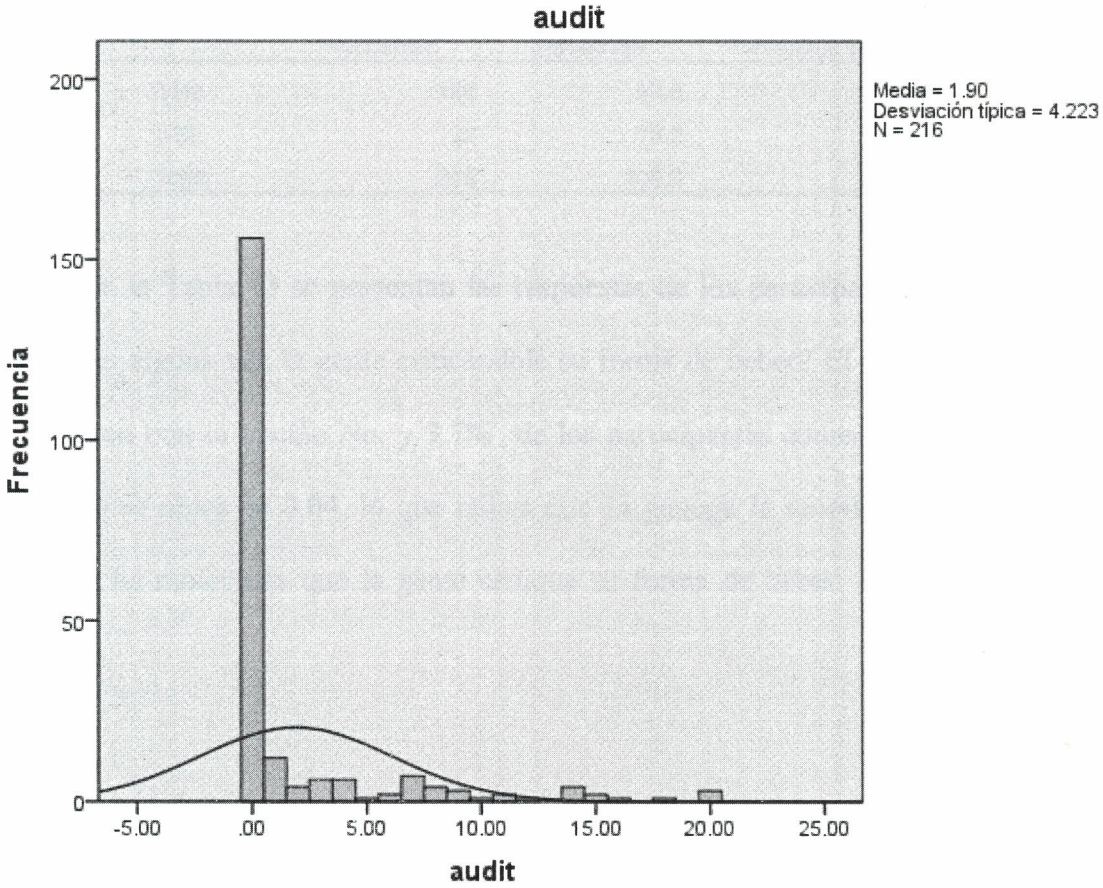


Figura 1
Histograma de resultados generales del AUDIT.

CAGE

En la Tabla 12 se presentan las respuestas de los participantes a la pregunta: ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? El 89.8% de los participantes contestaron la opción No, y el 10.2% de los participantes contestaron con la opción Sí. El promedio se ubica en 0.10, lo que indica que en general la muestra estudiada no ha tenido la impresión de que debería beber menos. La desviación típica es de 0.303.

Tabla 12

Descriptivos de la pregunta 1 del CAGE.

¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	194	89.8	89.8	89.8
	1 Si	22	10.2	10.2	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 13 se presentan las respuestas de los participantes a la pregunta: ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? El 96.3% de los participantes contestaron con la opción No, y 3.7% de los participantes contestaron con la opción Si. El promedio se ubica en 0.04, lo que indica que en general la muestra estudiada de la muestra nunca le ha molestado que la gente critique su forma de beber. La desviación típica es de 0.189.

Tabla 13

Descriptivos de la pregunta 2 del CAGE.

¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	208	96.3	96.3	96.3
	1 Si	8	3.7	3.7	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 14 se presentan las respuestas de los participantes a la pregunta: ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? El 91.2% de los participantes contestaron con la opción No, y el 8.8% de los participantes contestaron con la opción Si. El promedio se ubica en 0.09, lo que indica que a la media de la muestra no se ha sentido culpable o mal por su forma de beber. La desviación típica es de 0.284.

Tabla 14

Descriptivos de la pregunta 3 del CAGE.

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	197	91.2	91.2	91.2
	1 Sí	19	8.8	8.8	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En la Tabla 15 se presentan las respuestas de los participantes a la pregunta: ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de la resaca? El 97.2% de los participantes contestaron con la opción No, y el 2.8% de los participantes contestaron con la opción Sí. El promedio se ubica en 0.03, lo que indica que la media de la muestra no ha bebido en la mañana para calmar los nervios o la resaca. La desviación típica es de 0.165.

Tabla 15

Descriptivos de la pregunta 4 del CAGE.

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	210	97.2	97.2	97.2
	1 Sí	6	2.8	2.8	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

En el siguiente histograma se muestran los resultados descriptivos generales del CAGE en los cuales la media obtenida es de 0.25 con una desviación típica de 0.725.

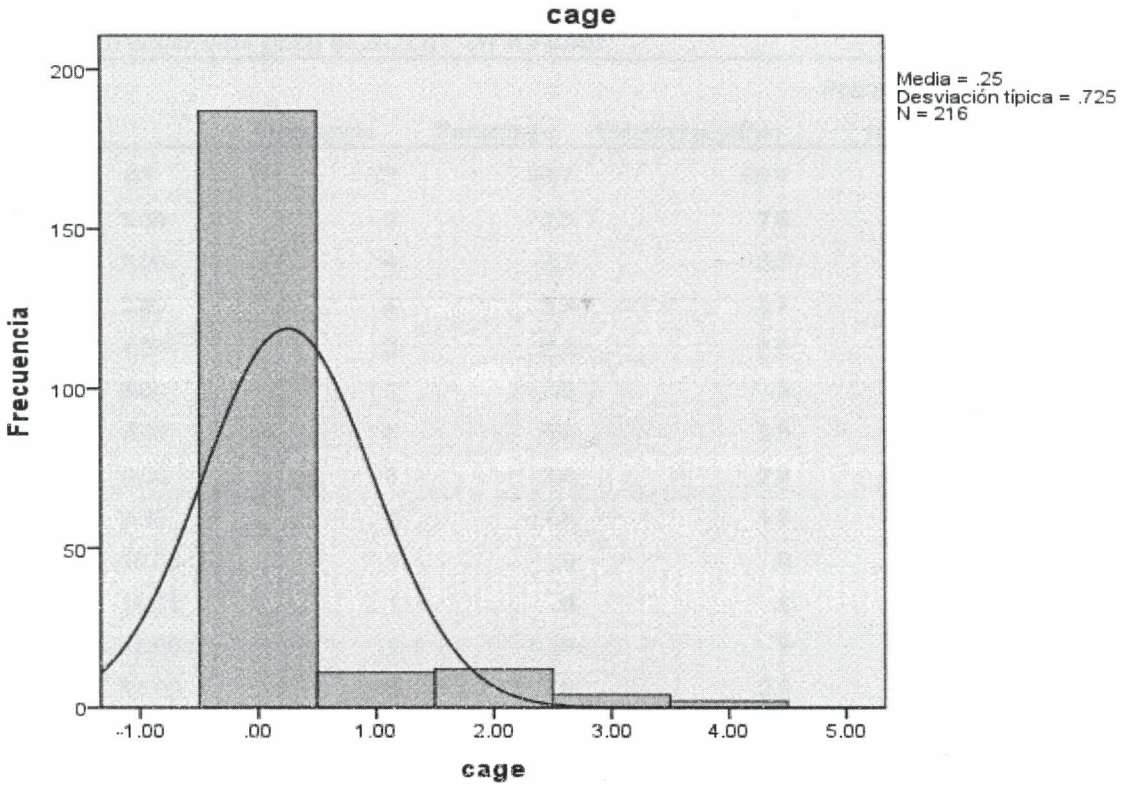


Figura 2
Histograma de resultados generales del CAGE.

Comportamiento de variables

Los resultados recogidos en el AUDIT (ver tabla 16) muestran que en los varones, 93 participantes, que representa el 86.2% de la muestra en varones no tienen problemas relacionados con el alcohol (puntajes de 7 o menos). Del resto de los varones ocho participantes, que representa el 7.4% de la muestra en varones, podrían ser bebedores de riesgo (puntajes entre 8 y 12); y siete participantes, que representan el 6.4% de la muestra en varones, tienen problemas psicofísicos relacionados con la bebida y probable dependencia alcohólica (puntajes de 13 o mayor).

Tabla 16

Tabla de frecuencias para el AUDIT en varones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	72	66.7	66.7	66.7
	1.00	3	2.8	2.8	69.4
	2.00	4	3.7	3.7	73.1
	3.00	4	3.7	3.7	76.9
	4.00	3	2.8	2.8	79.6
	6.00	1	.9	.9	80.6
	7.00	6	5.6	5.6	86.1
	8.00	3	2.8	2.8	88.9
	9.00	2	1.9	1.9	90.7
	10.00	1	.9	.9	91.7
	11.00	1	.9	.9	92.6
	12.00	1	.9	.9	93.5
	14.00	3	2.8	2.8	96.3
	15.00	1	.9	.9	97.2
	16.00	1	.9	.9	98.1
	18.00	1	.9	.9	99.1
	20.00	1	.9	.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Los resultados del CAGE en los varones (ver tabla 17) mostraron que 91 participantes, que representan el 84.3% de la muestra en varones, no tiene problemas relacionados con el alcohol (puntaje de 0). El 7.4% de la muestra en varones, conformado por ocho participantes, tienen un indicio de problemas relacionados con el alcohol (puntaje de 1). El 8.4%, porcentaje conformado por nueve participantes tienen dependencia alcohólica (puntaje de 2 o mayor).

Tabla 17

Tabla de frecuencias para el CAGE en varones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	91	84.3	84.3	84.3
	1.00	8	7.4	7.4	91.7
	2.00	5	4.6	4.6	96.3
	3.00	2	1.9	1.9	98.1
	4.00	2	1.9	1.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Los resultados recogidos de las respuestas del AUDIT en mujeres (ver tabla 18) muestran que 99 participantes, los cuales conforman el 91.7% de la muestra en mujeres, no tienen problemas relacionados con el alcohol (puntaje de 5 a menos). El 4.5% de la muestra, porcentaje conformado por 5 participantes, podrían ser bebedores de riesgo (puntaje de 6 a 12). Y el 3.7% de la muestra, conformado por 4 participantes, tienen problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica (puntaje de 13 o mayor).

Tabla 18

Tabla de frecuencias para el AUDIT en mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	84	77.8	77.8	77.8
	1.00	9	8.3	8.3	86.1
	3.00	2	1.9	1.9	88.0
	4.00	3	2.8	2.8	90.7
	5.00	1	.9	.9	91.7
	6.00	1	.9	.9	92.6
	7.00	1	.9	.9	93.5
	8.00	1	.9	.9	94.4
	9.00	1	.9	.9	95.4
	11.00	1	.9	.9	96.3
	14.00	1	.9	.9	97.2
	15.00	1	.9	.9	98.1
	20.00	2	1.9	1.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Los resultados del CAGE en mujeres (tabla 19) mostraron que 96 participantes, que representan el 88.9% de la muestra en mujeres, no tienen problemas relacionados con el alcohol (puntaje de 0). El 2.8% de la muestra, conformado por tres participantes, muestran un indicio de problemas relacionados con el alcohol (puntaje de 1). Y el 8.4% de la muestra, conformada por nueve participantes, tiene una dependencia alcohólica (puntaje de 2 o mayor).

Tabla 19
Tabla de frecuencias para el CAGE en mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	96	88.9	88.9	88.9
	1.00	3	2.8	2.8	91.7
	2.00	7	6.5	6.5	98.1
	3.00	2	1.9	1.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Se aplicó la prueba t de student y se observó que el nivel de significación es menor a 0.05. Lo que da evidencia para rechazar la hipótesis nula por existencia de una diferencia en el nivel de consumo dependiendo del género.

En la siguiente tabla se muestran las estadísticas de la prueba t de student.

Tabla 20
Prueba T

	Genero Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Audit	1 Hombre	108	2.4907	4.61103	.44370
	2 Mujer	108	1.3148	3.72576	.35851
Cage	1 Hombre	108	.2963	.80022	.07700
	2 Mujer	108	.2130	.64200	.06178

Prueba de hipótesis

La hipótesis nula establece que no existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de Montemorelos, según el género.

Para probar la hipótesis se utilizó la prueba t de Student utilizando los puntajes tanto del CAGE como del AUDIT de manera independiente.

Según el CAGE, no existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol entre hombres y mujeres de la muestra ($t_{(214)} = 0.844$, $p = .400$). Sin embargo, para el AUDIT

la prueba muestra que si hay diferencia significativa ($t_{(214)} = 2.061$, $p = .040$) en el consumo de bebidas alcohólicas al comparar entre mujeres y hombres, siendo los hombres los que poseen mayor consumo con una media de 2.5, a diferencia de las mujeres con una media de 1.3.

El AUDIT es un cuestionario que consta de un número mayor de preguntas y opciones de respuesta que el CAGE, lo cual muestra ser más preciso en cuanto a la valoración del consumo de alcohol en los estudiantes.

De esta manera tomando los resultados del AUDIT se acepta la hipótesis sobre la existencia en una diferencia de consumo entre hombres y mujeres estudiantes en la Universidad de Montemorelos.

CAPÍTULO V

RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Resumen

Esta investigación presenta el grado de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de Montemorelos y la diferencia en el consume según el género.

En el Capítulo I se muestran las antecedentes sobre la naturaleza y dimensión del consumo de alcohol, desde la definición del alcohol como sustancia adictiva hasta la explicación de los problemas causados en la sociedad. Se presenta la justificación de que en la Universidad de Montemorelos actualmente no existen estudios que midan la gravedad del problema.

Se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes de licenciatura de la Universidad de Montemorelos durante el año 2012, y qué diferencias se perciben en función del género? Se plantea de igual manera la siguiente hipótesis:

Hi: Existe diferencia significativa en el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de Montemorelos, según el género.

En este capítulo también se plantean los objetivos e importancia de la investigación, la justificación del estudio, y los delimitantes.

En el Capítulo II se expone un estudio del marco teórico sobre el tema del consumo de alcohol. Se mostrando los datos históricos, epidemiologia, patologías asociadas, personalidad del paciente con dependencia alcohólica, causas y consumo de alcohol en adolescentes y estudiantes universitarios.

El Capítulo III contiene la metodología con la que se realizó el esta investigación. Se explica el tipo de investigación y se expone una vez más la hipótesis del estudio. Se presentan los estudiantes de la Universidad de Montemorelos como la población y el 10% de los estudiantes como la muestra a examinar. Aparte se explican los criterios de inclusión y exclusión, el procedimiento de recolección de datos, los limitantes y el análisis de datos.

Los instrumentos que se utilizaron en este estudio fueron el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y el cuestionario Cut Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE).

En el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos en la recolección de datos. Se empieza el capítulo con una descripción de la muestra. La muestra consto de 216 estudiantes repartidos en las diferentes carreras de la Universidad, de los cuales 108 fueron mujeres y 108 fueron hombres.

Seguidamente se proporcionan los resultados estadísticos del estudio y las respectivas tablas donde se muestran las estadísticas de los hallazgos encontrados en la muestra examinada. También se muestra en este capítulo el comportamiento de las variables y la prueba de hipótesis.

En este Capítulo V se presenta el resumen del estudio, la discusión, las conclusiones de la investigación y recomendaciones tanto a la Universidad de Montemorelos como a futuras investigaciones sobre el tema.

Discusión

Este estudio ha explorado el grado de consumo de alcohol en la Universidad de Montemorelos (UM) durante el curso escolar 2011-2012 analizando el nivel de consumo dependiendo del género.

La realización del estudio no ha sido fácil ya que el consumo de alcohol está en contra de la filosofía institucional y religiosa de la UM, en la cual se amonesta a los estudiantes que consumen alcohol ya sea con un periodo de condicionalidad o con la expulsión de la institución dependiendo de la gravedad de la falta cometida. Es muy probable que el miedo de los estudiantes a ser descubiertos como consumidores de alcohol haya influido en las respuestas que se dan en los cuestionarios aplicados de los participantes. Sin embargo, el incluir la carta de consentimiento informado antes de aplicar los cuestionarios permitió que los participantes tuvieran más confianza en que su identidad no sería revelada, facilitando que sus respuestas fueran veraces.

Se observó también que muchos estudiantes no leen las instrucciones o firmaron la carta de consentimiento informado sin leerla, haciendo que se tuvieran que explicar las instrucciones de la participación del estudio un par de veces. Como dato curioso se observó también que los participantes cuyo consumo de alcohol salió positivo en la pruebas tiende a hacer garabatos en las mismas o en la hoja de consentimiento informado.

El estudio se determinó que existe una diferencia en la cantidad de consumo dependiendo del género. Se hizo evidente que los varones consumen más cantidad de alcohol que las mujeres, resultado que parece estar acorde al estudio de Briñez (2001) en el que informa que los estudiantes universitarios masculinos tienen una tendencia más marcada a padecer de intoxicación alcohólica, dependencia y abuso.

La mayoría de los participantes no consumen alcohol y no tienen problemas relacionados con la sustancia (85% en varones y 90% en mujeres), sin embargo, el resto de la muestra presenta consumo de riesgo y dependencia a la sustancia. Es muy probable que el factor religioso de la UM sea el motivador para que la mayoría de los estudiantes no consuman bebidas alcohólicas, siendo la enseñanza de valores religiosos como lo describen Wechler et. al. (1995) uno de los mayores factores para prevenir el consumo de alcohol. Aun así, existen personas con probable dependencia del alcohol en la UM, siendo las reglas esta institución intolerantes a este tipo de conducta.

No se estudió y por lo tanto no se precisó, cuál o cuáles son las causas del consumo de alcohol del 12% los participantes de la muestra que consumen alcohol, pero estudios anteriores han demostrado que regularmente se hace por estrés, por presiones sociales, problemas familiares, o simplemente por diversión (Brennan et. al., 1986; Billinham et. al., 1993; Rojas-Guit E. Fleiz-Bautista C. Medina-Mora IME. Moron ML. Domenech-Rodriguez M., 1999; Akvardar Y. Demiral Y. Ergör G. Ergör A., 2004). Las probables causas de consumo de sustancias se dejan abiertas a futuras investigaciones.

Conclusiones

A continuación se muestran las conclusiones del estudio:

1. Se comprobó que los hombres consumen más alcohol que las mujeres.
2. Aproximadamente el 12% de la muestra consume alcohol.
3. El 5% de la muestra presenta dependencia alcohólica o problemas relacionados con la bebida.
4. El nivel más alto de consumo se encontró en la Facultad De Ciencias de la Salud, especialmente en las carreras de Medicina y Odontología

5. El 7% de la muestra que consume alcohol lo hace en periodos vacacionales o fines de semana

Recomendaciones

1. Se hace necesario aplicar cuestionarios a todos los estudiantes durante el periodo de matrícula para detectar a los estudiantes tiene problemas con el alcohol.
2. Una vez detectados deben colocarse en sesiones de apoyo o terapias de grupo para personas que consumen alcohol.
3. Si se busca ayudar a los estudiantes que consumen alcohol, las personas que aplican las reglas de la UM deben mostrar mayor comprensión y disposición para ayudar a estas personas.
4. Se recomienda hacer estudios sobre las causas del consumo de alcohol en estudiantes de la UM para poder prevenir y combatir el problema por medio de ayuda psicológica.
5. Se propone enseñar a educadores y administradores de la UM a tratar a estudiantes con problemas de consumo para que el apoyo en la recuperación de estos estudiantes sea más efectivo, ya que la tendencia de los educadores y administradores es estigmatizar a los estudiantes consumidores de sustancias.
6. El AUDIT resultó una herramienta muy útil en este estudio y es recomendado para futuros estudios que tengan que ver con consumo de alcohol en esta institución.

APÉNDICES

APÉNDICE A

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación: "consumo de alcohol en estudiantes universitarios". El estudio tiene como objetivo comprender la cantidad de alcohol que consume un estudiante universitario promedio. El instrumento que a continuación se usara es el CDB (cuestionario para el deseo de beber), en cual registra la cantidad de alcohol que una persona consume.

Antes de que usted acceda a participar debe conocer y comprender los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase en libertad de aclarar cualquier duda o pregunta que tenga al respecto.

ACLARACIONES:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No hablar ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida en estricta confidencialidad por el investigador.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas con respecto a su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convengo a participar en este estudio de investigación titulado: "consumo de alcohol en estudiantes universitarios".

_____ _____

Firma del participante Fecha

APÉNDICE B

Test AUDIT

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

APÉNDICE C

Test CAGE

	Sí	*No*
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	☐	☐
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	☐	☐
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	☐	☐
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	☐	☐

APÉNDICE D

Frecuencias

Tabla de frecuencia

AUDIT1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	161	74.5	74.5	74.5
	1 Una o menos veces al mes	36	16.7	16.7	91.2
	2 De 2 a 4 veces al mes	13	6.0	6.0	97.2
	3 De 2 a 3 veces a la semana	5	2.3	2.3	99.5
	4 Cuatro o más veces a la semana	1	.5	.5	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT2 ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 1 o 2	189	87.5	87.5	87.5
	1 3 o 4	9	4.2	4.2	91.7
	2 5 o 6	8	3.7	3.7	95.4
	3 De 7 a 9	4	1.9	1.9	97.2
	4 10 o más	6	2.8	2.8	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT3 ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	185	85.6	85.6	85.6
	1 menos de una vez al mes	18	8.3	8.3	94.0
	2 Mensualmente	8	3.7	3.7	97.7

AUDIT4 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	186	86.1	86.1	86.1
	1 menos de una vez al mes	14	6.5	6.5	92.6
	2 Mensualmente	9	4.2	4.2	96.8
	4 A diario o casi a diario	7	3.2	3.2	100.0
	Total	216	100.0	100.0	
	3 semanalmente	5	2.3	2.3	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT5 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	210	97.2	97.2	97.2
	1 menos de una vez al mes	5	2.3	2.3	99.5
	2 Mensualmente	1	.5	.5	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT6 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	208	96.3	96.3	96.3
	1 menos de una vez al mes	5	2.3	2.3	98.6
	2 Mensualmente	2	.9	.9	99.5
	4 A diario o casi a diario	1	.5	.5	100.0

AUDIT5 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	210	97.2	97.2	97.2
	1 menos de una vez al mes	5	2.3	2.3	99.5
	2 Mensualmente	1	.5	.5	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT7 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	196	90.7	90.7	90.7
	1 menos de una vez al mes	15	6.9	6.9	97.7
	2 Mensualmente	3	1.4	1.4	99.1
	4 A diario o casi a diario	2	.9	.9	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT8 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca	198	91.7	91.7	91.7
	1 menos de una vez al mes	12	5.6	5.6	97.2
	2 Mensualmente	2	.9	.9	98.1
	3 semanalmente	1	.5	.5	98.6
	4 A diario o casi a diario	3	1.4	1.4	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT9 ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	207	95.8	95.8	95.8
	2 Si, pero en el curso del último año	4	1.9	1.9	97.7
	4 Si, el último año	5	2.3	2.3	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

AUDIT10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	201	93.1	93.1	93.1
	2 Si, pero en el curso del último año	4	1.9	1.9	94.9
	4 Si, el último año	11	5.1	5.1	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

CAGE1 ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	194	89.8	89.8	89.8
	1 Si	22	10.2	10.2	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

CAGE2 ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	208	96.3	96.3	96.3
	1 Si	8	3.7	3.7	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

CAGE3 ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	197	91.2	91.2	91.2
	1 Si	19	8.8	8.8	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

CAGE4 ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 No	210	97.2	97.2	97.2
	1 Si	6	2.8	2.8	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

Frecuencias

Estadísticos

		audit	cage
N	Válidos	216	216
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

audit

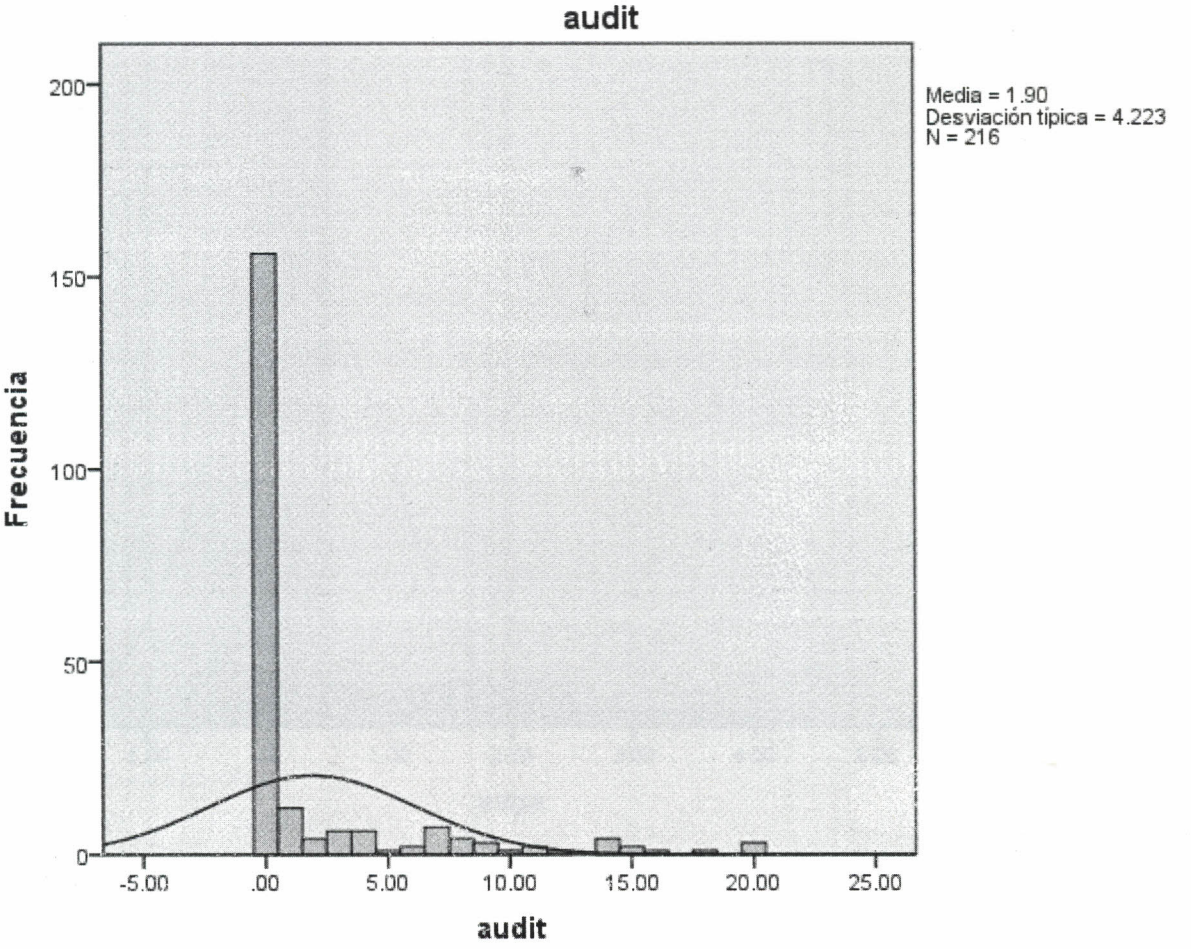
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	156	72.2	72.2	72.2
	1.00	12	5.6	5.6	77.8
	2.00	4	1.9	1.9	79.6

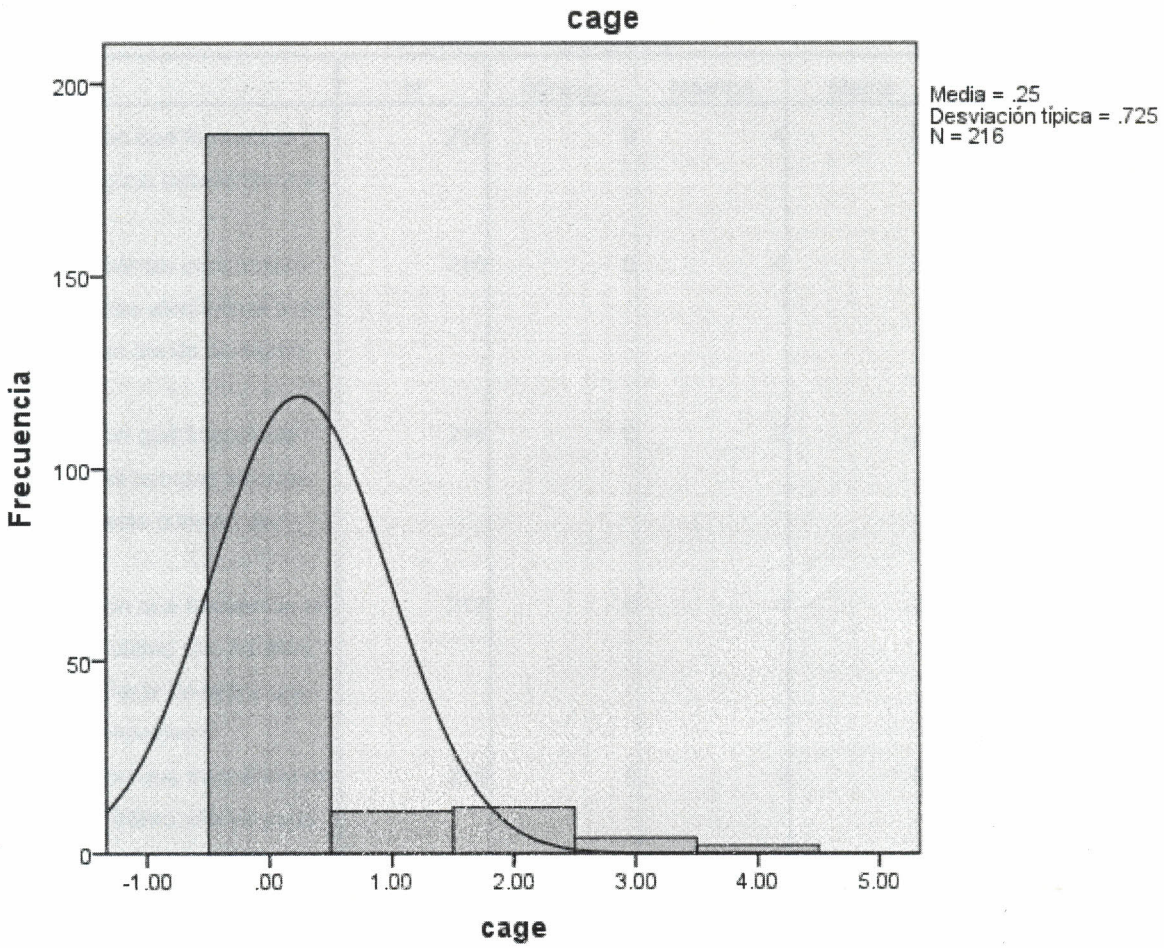
	3.00	6	2.8	2.8	82.4
	4.00	6	2.8	2.8	85.2
	5.00	1	.5	.5	85.6
	6.00	2	.9	.9	86.6
	7.00	7	3.2	3.2	89.8
	8.00	4	1.9	1.9	91.7
	9.00	3	1.4	1.4	93.1
	10.00	1	.5	.5	93.5
	11.00	2	.9	.9	94.4
	12.00	1	.5	.5	94.9
	14.00	4	1.9	1.9	96.8
	15.00	2	.9	.9	97.7
	16.00	1	.5	.5	98.1
	18.00	1	.5	.5	98.6
	20.00	3	1.4	1.4	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

cage

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	00	187	86.6	86.6	86.6
	1.00	11	5.1	5.1	91.7
	2.00	12	5.6	5.6	97.2
	3.00	4	1.9	1.9	99.1
	4.00	2	.9	.9	100.0
	Total	216	100.0	100.0	

Histograma
Frecuencias generales




cage
Frecuencia
200
150
100
50
0
-1.00
.00
1.00
2.00
3.00
4.00
5.00
cage
Media = .25
Desviación típica = .725
N = 216

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
AUDIT1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	216	0	4	.38	.743
AUDIT2 ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	216	0	4	.28	.851
AUDIT3 ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	216	0	3	.23	.625
AUDIT4 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	216	0	4	.28	.822
AUDIT5 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	216	0	2	.03	.202
AUDIT6 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	216	0	4	.06	.362
AUDIT7 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	216	0	4	.13	.506
AUDIT8 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	216	0	4	.14	.581

AUDIT9 ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	216	0	4	.13	.655
AUDIT10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	216	0	4	.24	.914
CAGE1 ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	216	0	1	.10	.303
CAGE2 ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	216	0	1	.04	.189
CAGE3 ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	216	0	1	.09	.284
CAGE4 ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	216	0	1	.03	.165
N válido (según lista)	216				

Prueba T

Estadísticos de grupo

	Genero Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
audit	1 Hombre	108	2.4907	4.61103	.44370
	2 Mujer	108	1.3148	3.72576	.35851
cage	1 Hombre	108	.2963	.80022	.07700
	2 Mujer	108	.2130	.64200	.06178

Frecuencias HOMBRES

Estadísticos

		audit	cage
N	Válidos	108	108
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

AUDIT

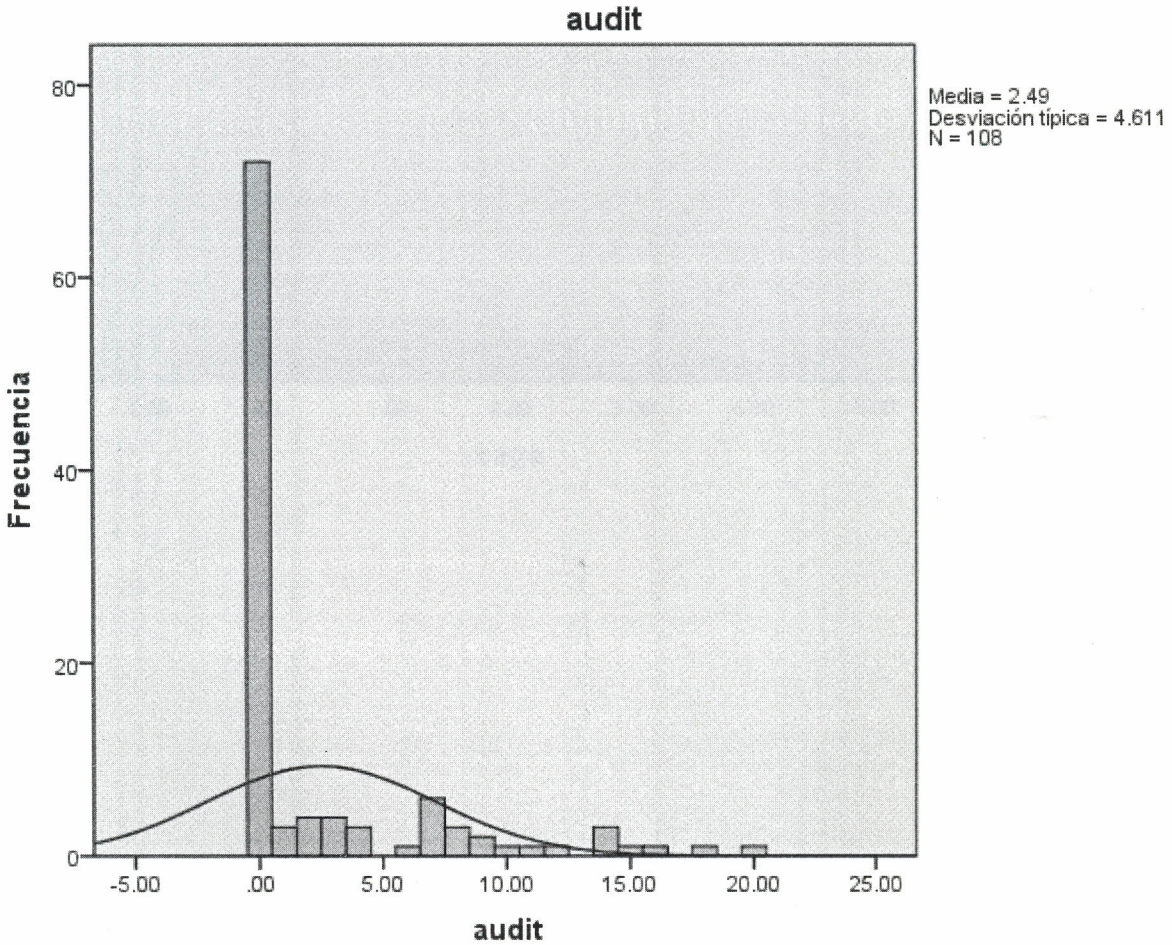
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	72	66.7	66.7	66.7
	1.00	3	2.8	2.8	69.4
	2.00	4	3.7	3.7	73.1
	3.00	4	3.7	3.7	76.9
	4.00	3	2.8	2.8	79.6
	6.00	1	.9	.9	80.6
	7.00	6	5.6	5.6	86.1
	8.00	3	2.8	2.8	88.9
	9.00	2	1.9	1.9	90.7
	10.00	1	.9	.9	91.7
	11.00	1	.9	.9	92.6
	12.00	1	.9	.9	93.5
	14.00	3	2.8	2.8	96.3
	15.00	1	.9	.9	97.2
	16.00	1	.9	.9	98.1
	18.00	1	.9	.9	99.1
	20.00	1	.9	.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

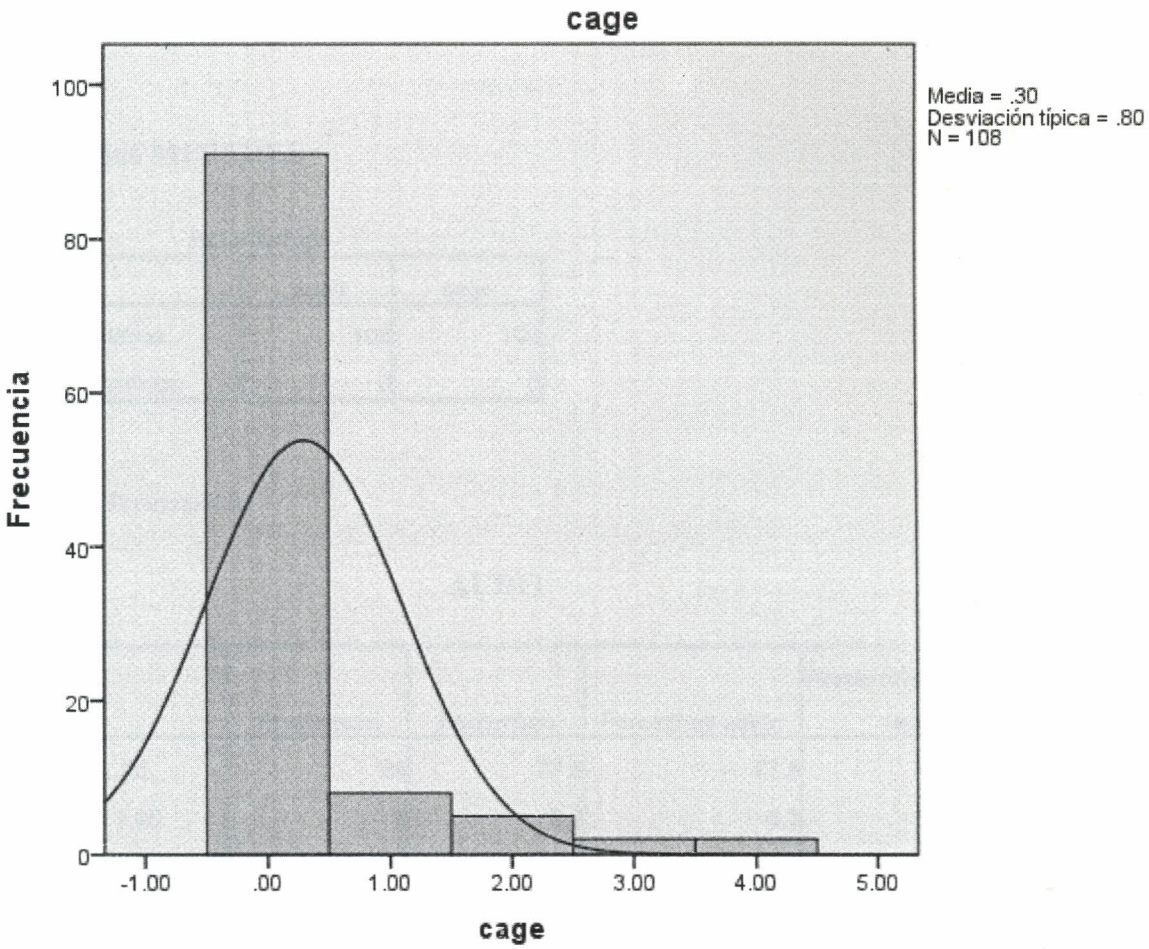
CAGE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	.00	91	84.3	84.3	84.3
	1.00	8	7.4	7.4	91.7
	2.00	5	4.6	4.6	96.3
	3.00	2	1.9	1.9	98.1
	4.00	2	1.9	1.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Histograma
Frecuencias HOMBRES




cage
Media = .30
Desviación típica = .80
N = 108
Frecuencia
100
80
60
40
20
0
-1.00
.00
1.00
2.00
3.00
4.00
5.00
cage

Frecuencias MUJERES

Estadísticos

		audit	cage
N	Válidos	108	108
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

AUDIT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	84	77.8	77.8	77.8
	1.00	9	8.3	8.3	86.1
	3.00	2	1.9	1.9	88.0
	4.00	3	2.8	2.8	90.7
	5.00	1	.9	.9	91.7
	6.00	1	.9	.9	92.6
	7.00	1	.9	.9	93.5
	8.00	1	.9	.9	94.4
	9.00	1	.9	.9	95.4
	11.00	1	.9	.9	96.3
	14.00	1	.9	.9	97.2
	15.00	1	.9	.9	98.1
	20.00	2	1.9	1.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

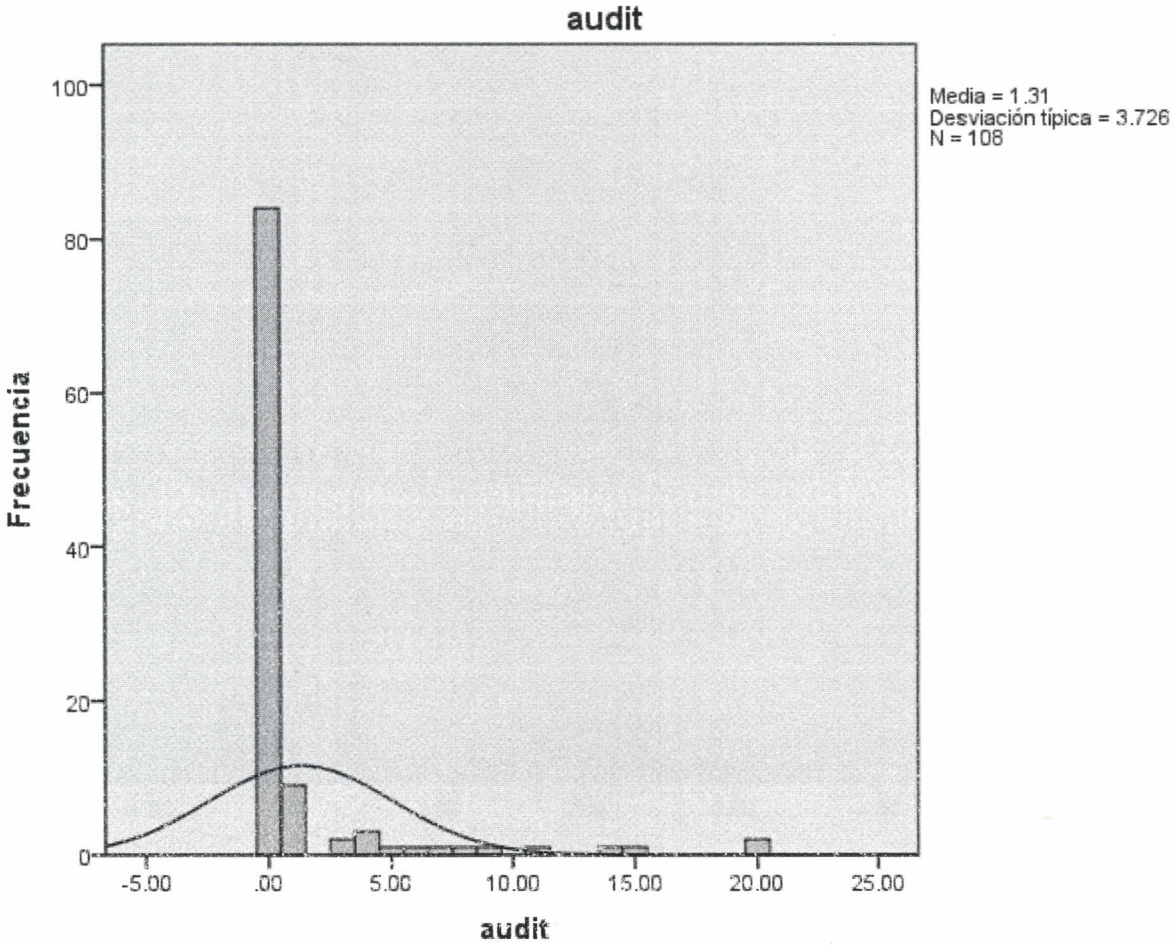
UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
CENTRO DE INFORMACION-BIBLIOTECA

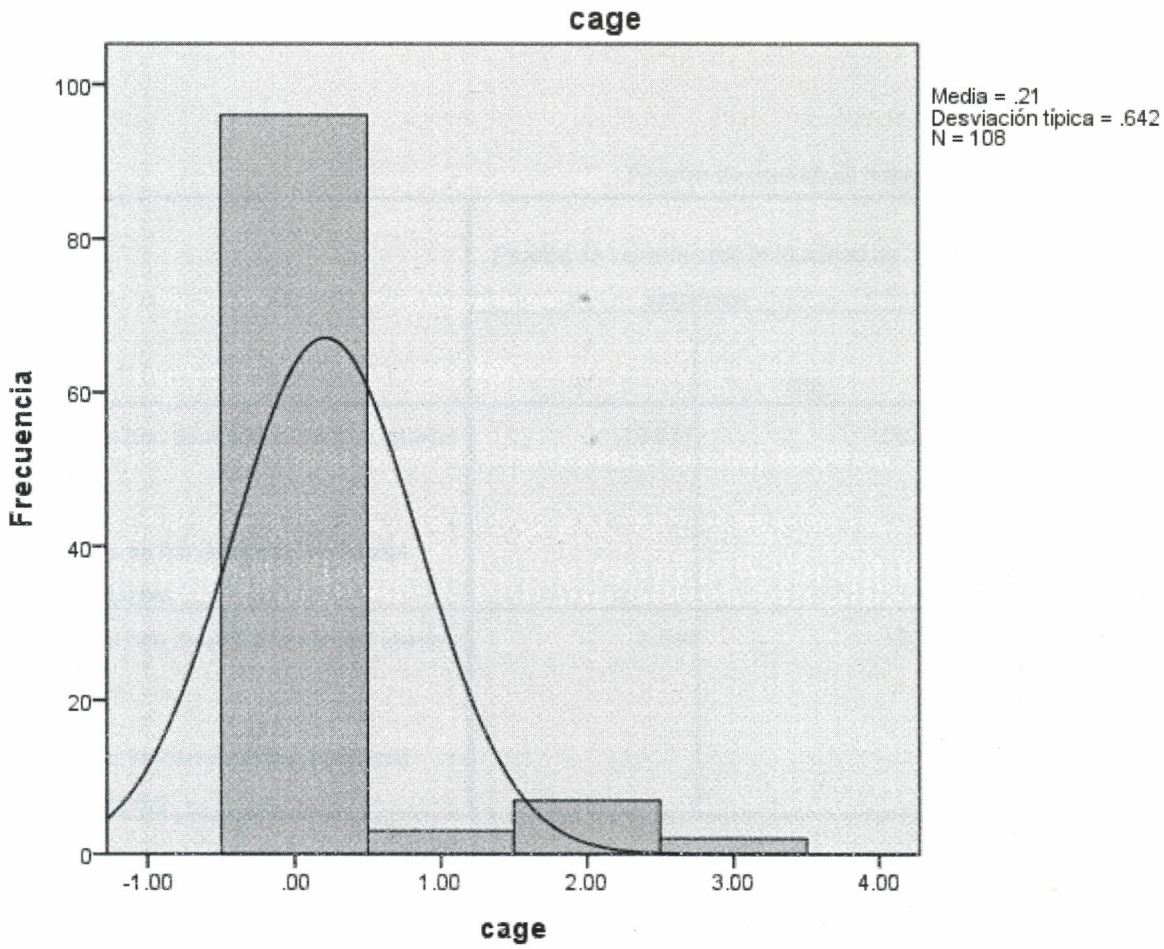
CAGE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	96	88.9	88.9	88.9
	1.00	3	2.8	2.8	91.7
	2.00	7	6.5	6.5	98.1
	3.00	2	1.9	1.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

73698

Histograma
Frecuencias MUJERES





Correlaciones

Correlaciones

		audit	cage
audit	Correlación de Pearson	1	.740**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	216	216
cage	Correlación de Pearson	.740**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	216	216

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la ig		
		F	Sig.	t	gl	Sig
audit	Se han asumido varianzas iguales	10.377	.001	2.061	214	
	No se han asumido varianzas iguales			2.061	204.960	
cage	Se han asumido varianzas iguales	2.398	.123	.844	214	
	No se han asumido varianzas iguales			.844	204.393	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, K. M., Gilman, S., Koeppe, R. y Kluin, K. J. (1995) Correlation of neuropsychological function with cerebral metabolic rate in subdivisions of frontal lobes of older alcoholic patients measured with fluorodeoxyglucose and positron emission tomography. *Neuropsychology, 9*, 275–280.

Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., y Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: Concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction, 87*, 1415–1431.

Babor, T. F., Hofmann, M. I., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., et al. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicator of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry, 49*, 599–608.

Baer, J. (2002). Student Factors: Understanding Individual Variation in College Drinking. *Journal of Stududies on Alcohol, 14*, 40-53.

Baer, J., Janca, S. y Janca, A. (2003). Delirium Tremens: su etiología, historia natural y Tratamiento. *Revista de Toxicomanías, 36*, 11-16.

Becoña, E., Juan, M., Calafat, A. y Ros, M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez. *Adicciones, 20(4)*, 357-364.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. *(1).* 1era edición, McGraw-Hill.

Billingham, R. E., Parrillo, A. V., y Gross, W. C. (1993). Reasons given by college students for drinking: A discriminant analysis investigation. *International Journal of Addiction, 28*, 793-802.

Bonnie, R.J. y O'Conell, M.E. (2004). Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. National Research Council and Institute of Medicine. Washington, DC. *National Academies Press.* 4-88.

Bríñez-Horta, J.A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones, 13(4)*, 439-455.

Cardoso, J. M., Neves, R., Barbosa, A., Ismail, F. y Pombo, S. (2006). Neter alcoholic typology. *Alcohol and Alcoholism, 41*, 133–139.

Carlson, S.R., Iacono,W.G. y McGue. (2002), M. P300 amplitude in adolescent twins discordant and concordant for alcohol use disorders. *Biological Psychology, 61(1–2)*, 203–227.

Carrasco Gonzales, A., Barriga Jimenez, S. y León Rubio, J. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología, (9)2*, 205-226

Cicchetti, D. y Cohen, D. (2006). *Developmental Psychopathology, 2da Ed.*

Corbin, W.R., McNair, L.D. y Carter, J. (1996) Self-esteem and problem drinking mong male and female college students. *J. Alcohol Drug Educ., 42*, 1-14.

Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Day, N.L., Thase, M.E. y Mann, J.J. (1996) Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res., 20*, 1451–1455.

Cloninger, C. R., Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry, 38*, 861–868.

Charness, M. (1993). Brain Lesions in Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, (17)1*, 2–11.

Chirivella, J., Espert, R. y Gadea, M. (1996). Déficits Neuropsicológicos Asociados Al Consumo De Alcohol: Una Aproximación Multidisciplinar. *Psicología conductual, (4)3*, 377 - 92.

Del Boca, F.K., y Hesselbrock, M.N. (1996). Gender and alcoholic subtypes. *Alcohol Health and Research World, 20*, 56–62.

Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, R., Hernández-Ávila, C., Narro Robles, J., Fernández Varela, H. y Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental, 31*, 271-282.

Dijk, D.J., Brunner, D.P., Aeschbach, D., Tobler, I. y Borbely, A.A. (1992). The effects of ethanol on human sleep EEG power spectra differ from those of benzodiazepine receptor agonists. *Neuropsychopharmacology, 7*, 225-232.

Dodd, P.R., Beckman, A.M., Davidson, M.S. y Wilce, P.A. (2000). Glutamate mediated transmission, alcohol, and alcoholism. *Neurochemistry Internatioinal, 37*, 509–533.

Donovan, J.E. (2004). Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health, 35(529)*, 7–18.

Doremus, T.L., Brunell, S.C., Varlinskaya, E.I. y Spear, L.P. (2003). Anxiogenic effects during withdrawal from acute ethanol in adolescent and adult rats. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior, 75*(2), 411–418.

Dowdall, G. y Wechsler, H. (2002) Studying College Alcohol Use: Widening the Lens, Sharpening the Focus. *Journal of Studies on Alcohol, 14*, 14-22.

DSM-IV (1996) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4ta ed.). Washington, DC. American Psychiatric Association.

Elizondo, J. A. (1994). ¿Qué es el alcoholismo? *Addictus. 1,* 12-24.

Encuesta Nacional de Adicciones. (2008). Mexico. Primera edición. Pp. 62

Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo, 84*, 9-17

Everitt, B.J. y Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat. Neurosci., 8*, 1481–1489.

Fein, G., Bachman, L., Fisher, S. y Davenport, L. (1990). Cognitive impairments in abstinent alcoholics. *Addiction Medicine, 152*, 531-537.

Fiorino, D., Coury, A. y Phillips, A. (1997). Dynamic changes in nucleus accumbens dopamine efflux during the Coolidge effect in male rats. *Journal of neuroscience, 17*, 4849-4855.

Freedman, A., Kaplan, H. y Sadock, B. (1992). Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Morris E, Chafetz MD, eds. *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico- Técnica. *14*: 81-97.

García, J.M.A. y Carrasco, A.M. (2002). Consumo de alcohol y factores relacionados con el tiempo libre de los jóvenes. *Revista de Psicología Social Aplicada, 12(1),* 61-78.

García, M.E., Lima, G., Aldana, M.L., Casanova, P. y Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y Sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar, 33(3),* 5-17.

Garrido M.J., Fernandez-Guinea, S. (2004). Deficit neuropsicologicos en alcoholicos: implicaciones para la seguridad vial. *Rev Neurol., 38(3)*, 277-83.

González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porras-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M. y Salomon, J. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en

el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México 49,* 37-52.

Gottesman, I.I. y Hanson, D.R. (2005). Human development: Biological and genetic processes. *Annual Review of Psychology, 56*, 263–286.

Guerola, J. y Martínez, C. (2000). Urgencias médicas originadas por consumo de alcohol. En: Cuevas J, Sanchís M, editores. *Tratado de Alcohología*. 305-317.

Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein y Weshler. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24. , 63(2), 136-44.

Hill, S. (1992). Absence of paternal sociopathy in the etiology of severe alcoholism: is there a Type III alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 161–169.

Hillemacher, T., Bayerlein, K., Wilhelm, J., Bönsch, D., Poleo, D., Sperling, W., Kornhuber, J. y Bleich, S. (2006). Recurrent detoxifications are associated with craving in patients classified as type 1 according to Lesch's typology. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 66–69.

Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones, 14(1)*, 175-193

Jaffe, J.H. (1988). Drug addiction and drug abuse. En A. Gilman, L. S. Goodman, T. W. Rall y F. Murad (Eds.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York; MacMillan. 523-581.

Jellinek, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. New Brunswick: Hillhouse Press.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., et al. (2006). Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 1975–2005. *Volume 1: Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kopelman, M.D. (2002). Disorders of memory. *Brain*, *125*, 2152–2190.

Koob, G.F. (1992). Drugs of abuse: anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends Pharmacol Sic.*, *13,* 177–184.

Laucht, Treutlein, Schmid, Blomeyer, Becker, Buchmann, Schmidt, Esser, Jennen-Steinmetz, Rietschel, Zimmermann y Banaschewski. (2009). Impact of Psychosocial Adversity on Alcohol Intake in Young Adults: Moderation by the LL Genotype of the Serotonin Transporter Polymorphism. *Biological Psychiatry, 66(2)*, 102–109

Leggio, L., Kenna, G., Fenton, M., Bonenfant, E. y Swift, R. (2009). Typologies of Alcohol Dependence. From Jellinek to Genetics and Beyond. *Neuropsychol Rev., 19*, 115–129.

Lesch, O.M., Kefer, J., Lentner, S., Mader, R., Marx, B., Musalek, M., et al. (1988). The course of alcoholism. Long-term prognosis in different subtypes. *Forensic Science International, 36*, 121–138.

Martino, S.C., Collins, R.L. y Ellickson, P.L. (2004). Substance use and early marriage. *Journal of Marriage and the Family, 66*, 244–257.

Masten, A.S. (2007). Competence, resilience, and development in adolescence: Clues for prevention science. En: Romer, D., and Walker, E.F., Eds. Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science. *New York: Oxford University Press*; 31–52.

Masten, A., Faden, V., Zucker, R. y Spear, L. (2009). A Developmental Perspective on Underage Alcohol Use. *Alcohol Research & Health, 32(1),* 3-15.

Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., et al. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement, externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology, 41*, 733–746.

Monte Secades, R., Rabuñal Rey. R., Paz Fuentes, F., Pazos Ferro, A., Pértega Díaz, S., Bal Alvaredo, M. y Casariego Vales, E. (2010). Course of alcohol withdrawal syndrome in a general hospital. *Adicciones. 22(2),* 141-6.

Mortimer, J.T. y Staff, J. (2004). Early work as a source of developmental discontinuity during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology, 16*, 1047–1070.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2004): *Council Approves Definition of Binge Drinking*. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.

Nestler, E.J. y Aghajanian, G.K. (1997). Molecular and cellular basis of addiction. *Science, 278*, 58-63.

Ocampo, Bojorquez y Cortés. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México. 51(4),* 306-313.

Organizacion mundial de la salud. (2004). Global status report on alcohol and health.

Pérula, L.A., Ruíz, R., Fernández, J.A., Herrera, E., De Miguel, M.D. Y Bueno, JM. (1998). Consumo de alcohol entre escolares de una zona básica de salud de Cordoba. *Revista española de salud publica, 72*, 331-341.

Prescott, C.A. y Kendler, K.S. (1999). Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry., 156*, 34-40.

Ropper, A. y Brown, R. (2007). *Principios de Neurología*. (8va ed.) McGraw Hill Interamericana editores. Pp. 984–8.

Sanz, M., Iraurgi, I., Martínez Pampliega, A. y Cosgaya, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones, 18(1).* Disponible en: www.adicciones .com

Sher, K.J., Trull, T.J., Bartholow, B.D. y Vieth, A. (1999). Personality and alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. En: Leonard KE, Howard TB (eds), *Psychological theories of drinking and alcoholism.* Guilford, New York, 54–105.

Schuckit, M.A. y Smith, T.L. (1997). Assessing the risk of alcoholism among sons of alcoholics. *J Stud Alcohol, 58*, 141-5.

Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences. (1141),* 105–130.

Souza, Machorro y Cruz Moreno. (2008). Acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia, 9(4)*, 290-297.

Substance abuse and mental health service administration (2008). Results from 2007 national survey on drug use and health: national findings. (Office of Applied Studies, NHSDA Series H34, DHHS Publication no. SMA 08–4343). Rockville, MD

Sullivan, E.V., Rosenbloom, M.J. y Pfefferbaum, A. (2000). Pattern of motor and cognitive deficits in detoxified alcoholic men. *Alcohol Clin Exp Res., 24*, 611–621.

Taf'a y Baiocco. (2009). Addictive Behavior and Family Functioning During Adolescence. *The American Journal of Family Therapy, 37*, 388–395.

The American Society of Addiction Medicine, 2011. *http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction.*

Tupala, E., Hall, H., Bergstrom, K., Mantere, T., Rasanen, P., Sarkioja, T., et al. (2003). Different effect of age on dopamine transporters in the dorsal and ventral striatum of controls and alcoholics. *Synapse, 48*, 205–211.

Wechsler, H., Moeykens, B., Davenport, A., Castillo, S. y Hansen, J. (1995). The adverse impact of heavy episodic drinkers on other college students. *J. Stud. Alcohol, 56*, 628-634.

Windle, M. y Scheidt, D. (2004). Alcoholic Subtypes: Are two sufficient?. *Addiction, 99*, 1508–1519.

World Health Organization. Global burden of disease. (2007). Disponible en: *http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html*

Zucker, R.A. (1986). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. Nebraska Symposium on Motivation. *Nebraska Symposium on Motivation*, *34*, 27–83.

Zucker, R.A. (2006). Alcohol use and the alcohol use disorders: A developmental-biopsychosocial formulation covering the life course. En: Cicchetti, D., and Cohen, D.J., Eds. *Developmental Psychopathology. Vol. 3: Risk, Disorder, and Adaptation. (2da ed).* New York: Wiley. pp. 620–656.