



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL
DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DEL PLANTEL 1 DEL
CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Edith Saucedo Rojas.

ASESORA

Dra. Diana Carolina Campos Sánchez

Aguascalientes, Ags., Febrero 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

EDITH SAUCEDO ROJAS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

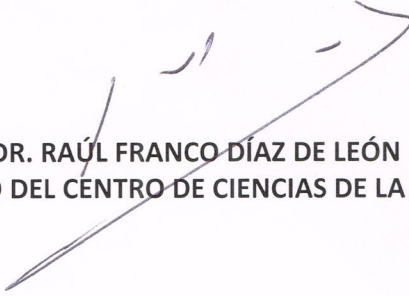
“RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DEL PLANTEL 1 DEL CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., 12 de Febrero de 2013.



DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

EDITH SAUCEDO ROJAS

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**“RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL
DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DEL PLANTEL 1 DEL
CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”**

No. De Registro R-2012-101-27 del Comité local de investigación en Salud No. 101
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

La Dra. Edith Saucedo Rojas asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. EDITH SAUCEDO ROJAS**,
Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

**“RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL
DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DEL PLANTEL 1 DEL
CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2012-101-27** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DRA. DIANA CAROLINA CAMPOS SANCHEZ

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios todo poderoso, por ayudarme y guiarme en todo momento, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a cada una de las personas que he conocido.

A mis padres, Catalina y Eleazar por que me han dado todo su amor incondicionalmente, por su gran corazón, su entrega, su comprensión y ayuda en todo momento, por que gracias a ustedes soy lo que soy.

A mis hermanos: Heber, Adriana, Ernesto, Adán y Lupita por ser como son y por ser parte de mi vida en esta aventura extraordinaria

A mis sobrinos por su inocencia y sus ganas de aprender.

A mis cuñadas por compartir momentos inolvidables.

A mis viejos amigos que seguimos compartiendo y aprendiendo unos de otros.

A mis nuevos amigos por el placer de conocerlos y por hacer que este viaje fuera más ligero.

A mis compañeros de grupo por formar parte importante de una etapa mas de mi vida

A mis compañeros de residencia por permitirme aprender de cada uno de ellos.

A los doctores que participaron en mi formación profesional, gracias por compartir su conocimiento no solo de la medicina si no también de la vida.

A mis asesoras por su apoyo para la realización de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

L.- RESUMEN.....	6
II.- ABSTRACT	7
III.- INTRODUCCIÓN.....	8
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
V.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	26
VI- JUSTIFICACIÓN	30
VII.- MARCO TEÓRICO	31
VIII.- OBJETIVOS	46
IX.- METODOLOGÍA	46
A) TIPO DE DISEÑO Y POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	46
B) CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	46
C) TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	47
D) PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
E) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	50
F) LOGÍSTICA	65
G) PLAN DE ANÁLISIS	66
H) RECURSOS.....	66
I) CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	67
X.-RESULTADOS.....	68
XI. DISCUSIÓN	93
XII. CONCLUSIONES.....	94
XIII. RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXO A.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	A

ANEXO B.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES B
ANEXO C.- INSTRUMENTOS.....J
ANEXO D.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO N



ÍNDICE DE GRAFICAS

GRÁFICA 1. GÉNERO..... 70

GRÁFICA 2. EDAD 71

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE 72

GRÁFICA 4. CONDUCTA: CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO PARA
TENER AMIGOS Y SENSACIONES NUEVAS..... 75

GRÁFICA 5. NORMA SUBJETIVA: CONFLICTOS INDIVIDUALES Y SOCIALES
RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL..... 77

GRÁFICA 6. ACTITUD: DISPOSICIÓN NEGATIVA HACIA EL CONSUMO DE
ALCOHOL..... 79

GRÁFICA 7. CREENCIAS CONDUCTUALES: CONSECUENCIAS NEGATIVAS
DEL CONSUMO DE ALCOHOL 81

GRÁFICA 8. INTENCIÓN: CONSUMO DE ALCOHOL COMO ESTRATEGIA DE
AFRONTAMIENTO Y PERTENENCIA 84

GRÁFICA 9. CONSUMO DE ALCOHOL 90

GRÁFICA 10. CONSUMO DE ALCOHOL POR SEXOS 91

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS 70

TABLA 2. EDAD..... 71

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE 72

TABLA 4. SE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR DIVERSIÓN 73

TABLA 5. NORMALMENTE SE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS PARA OLVIDAR
LOS PROBLEMAS..... 73

TABLA 6. SE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR PERTENECER A UN
GRUPO DE AMIGOS..... 74

TABLA 7. SE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR NECESIDAD 74

TABLA 8. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS GENERA PROBLEMAS EN LOS
ESTUDIOS..... 75

TABLA 9. POR CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS HAY INASISTENCIA EN CLASES
..... 76

TABLA 10. CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS GENERA CONFLICTOS CON LOS
PADRES 76

TABLA 11. LAS DISCUSIONES DE PAREJA SON A CAUSA DE CONSUMIR BEBIDAS
ALCOHÓLICAS..... 77

TABLA 12. SE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS PARA TENER PROBLEMAS DE
SALUD 78

TABLA 13. LA GENTE QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS PIERDE EL
CONTROL Y ES DESAGRADABLE..... 78

TABLA 14. ALGUNOS EFECTOS, COMO LA RESACA LOS MAREOS Y LOS VÓMITOS,
SON MOLESTOS 79

TABLA 15. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS PROVOCA DELITOS Y
VIOLENCIA..... 80

TABLA 16. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS GENERA ACCIDENTES
GRAVES..... 80

TABLA 17. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS GENERA EFECTOS
NEGATIVOS EN LA VIDA FAMILIAR..... 81

TABLA 18. CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS AYUDA A PASARLA BIEN 82

TABLA 19. SE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS PARA MEJORAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES.....82

TABLA 20. CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS PROVOCA PROBLEMAS ESCOLARES Y LABORALES.....83

TABLA 21. TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS ES MALO PARA LA SALUD83

TABLA 22. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA? ..84

TABLA 23. ¿CUÁNTAS CONSUMICIONES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SUELE REALIZAR EN UN DÍA DE CONSUMO NORMAL?85

TABLA 24. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA 6 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA SOLA OCASIÓN DE CONSUMO?85

TABLA 25. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA SIDO INCAPAZ DE PARAR DE BEBER UNA VEZ HABÍA EMPEZADO?86

TABLA 26. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO NO PUDO HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED PORQUE HABÍA BEBIDO?.....86

TABLA 27. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA NECESITADO BEBER EN AYUNAS PARA RECUPERARSE DESPUÉS DE HABER BEBIDO MUCHO EL DÍA ANTERIOR?.....87

TABLA 28. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA TENIDO REMORDIMIENTOS O SENTIMIENTOS DE CULPA DESPUÉS DE HABER BEBIDO? .87

TABLA 29. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO NO HA PODIDO RECORDAR LO QUE SUCEDIÓ LA NOCHE ANTERIOR PORQUE HABÍA ESTADO BEBIENDO?88

TABLA 30. ¿USTED O ALGUNA OTRA PERSONA HAN RESULTADO HERIDOS PORQUE USTED HABÍA BEBIDO?.....88

TABLA 31. ¿ALGÚN FAMILIAR, AMIGO, MÉDICO O PROFESIONAL SANITARIO HA MOSTRADO PREOCUPACIÓN POR SU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O LE HA SUGERIDO QUE DEJE DE BEBER?.....89

TABLA 32. CONSUMO DE ALCOHOL.....89

TABLA 33. CONSUMO DE ALCOHOL POR RIESGOS.....90

TABLA 34. COEFICIENTE CHI-CUADRADO DE PEARSON92

I.- RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Antes de que los adolescentes sean dependientes al alcohol, son experimentadores. Durante mucho tiempo se ha tratado de entender porque algunos adolescentes experimentan con el alcohol y otros no. La mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de los distintos factores de riesgo que pueden producir el consumo de alcohol, son pocas las investigaciones que dan relevancia especial a los factores cognitivos y especialmente a las actitudes, es aquí donde entra el estudio de la percepción de riesgo. Actualmente el consumo de alcohol en el estado de Aguascalientes se encuentra por arriba de la media nacional, esto implica un problema de salud importante que se ha vuelto cada vez más difícil de combatir, pese a los esfuerzos institucionales invertidos en la prevención.

OBJETIVO: Identificar la percepción de riesgo de los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del CONALEP de la ciudad de Aguascalientes relacionada al consumo de alcohol.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, donde se realizó una selección de muestra probabilística aleatoria simple, en los alumnos de CONALEP plantel 1 de 15 a 18 años de la ciudad de Aguascalientes, en quienes se aplicó el cuestionario de percepción de riesgo y consumo de drogas realizado y validado en la universidad de colima, donde se utilizó el apartado correspondiente a percepción de riesgo de consumo de alcohol. Para valorar el consumo de alcohol se aplicó el test AUDIT. Se utilizó el programa SPSS17 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS: El predominio del género en este estudio fue el sexo masculino con un porcentaje del 57% contra un 43% del femenino. En lo que se refiere a la determinación de la percepción de riesgo en la medición de sus dimensiones de conducta, norma subjetiva, actitud, creencias conductuales e intención; se concluyó que los participantes cuentan con una alta percepción de riesgo en todas las dimensiones. Determinando el consumo de alcohol se tiene como resultado que 57% de la población presentan consumo de alcohol en cualquiera de sus riesgos; y de los consumidores se tiene una mayor prevalencia en el consumo de riesgo bajo. En la identificación de la relación entre percepción de riesgo y consumo de alcohol no existe una relación estadísticamente significativa.

Palabras clave: percepción de riesgo, consumo de alcohol, adolescentes

II.- ABSTRACT

INTRODUCTION: Before that teens are alcohol dependent, are experimenters. For too long we have tried to understand why some teenagers experiment with alcohol and some do not. Most research has focused on the study of the various risk factors that can produce alcohol, few investigations that give special relevance to cognitive factors and especially the attitudes, this is where the study of risk perception. Currently alcohol in the state of Aguascalientes is above the national average, this implies a major health problem that has become increasingly difficult to combat, despite institutional efforts invested in prevention.

OBJECTIVE: identify the risk perception of adolescents 15 to 18 years campus CONALEP 1 of Aguascalientes related to alcohol consumption.

METHODOLOGY: This is an observational, descriptive and transversal, where there was a selection of simple random probability sample, students in campus CONALEP 1 of 15 to 18 years from the city of Aguascalientes, in whom a questionnaire of perception risk and drug use made and validated at the University of Colima, where we used the section on risk perception of alcohol consumption. To assess alcohol AUDIT test was applied. SPSS17 software was used for capturing, processing and descriptive analysis of the data.

RESULTS: The prevalence of gender in this study were males with a percentage of 57% versus 43% female. In regard to the determination of risk perception in measuring the dimensions of behavior, subjective norm, attitude, beliefs and behavioral intention, it was concluded that the participants have a high perception of risk in all dimensions. Determining Alcohol consumption has resulted in 57% of the population have alcohol in any of its risks, and consumers have a higher prevalence in low-risk consumption. In identifying the relationship between risk perception and alcohol consumption there is no statistically significant relationship.

Keywords: risk perception, alcohol use, teen

III.- INTRODUCCIÓN

Antes de que los adolescentes sean dependientes al alcohol, son experimentadores. Durante mucho tiempo se ha tratado de entender porque algunos adolescentes experimentan con el alcohol y otros no.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de los distintos factores de riesgo que pueden producir el consumo de alcohol, son pocas las investigaciones que dan relevancia especial a los factores cognitivos y, especialmente a las actitudes, es aquí donde entra el estudio de la percepción de riesgo que se encuentra basada en dos teorías; la teoría de la acción planeada y la teoría de la acción razonada, donde estas mismas llegan a determinar que la percepción de riesgo del consumo está relacionada a la intención razonada o a la decisión de los adolescentes de iniciar o no el consumo de alcohol, donde el adolescente puede tener una actitud de costo beneficio hacia las consecuencias personales que le puede acarrear el consumo de alcohol, es decir, en este sentido los adolescentes pueden tener una actitud positiva hacia el consumo si sus expectativas de beneficio son más altas que las expectativas de costo del consumo, además estas teorías consideran que el control percibido está directamente relacionado con las intenciones conductuales; es decir que aunque se posea una actitud favorable hacia el uso de alcohol, la probabilidad de llevarlo a cabo va a depender de la percepción de riesgo que se tenga.

Actualmente el consumo de alcohol en el estado de Aguascalientes se encuentra por arriba de la media nacional, esto implica un problema de salud importante que se ha vuelto cada vez más difícil de combatir, pese a los esfuerzos institucionales invertidos en la prevención, recordando que el consumo de alcohol puede conllevar hacia los problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales y económicos. Además puede reducir la expectativa de vida y causar accidentes o muertes.

Se ha observado que de los adolescentes que consumen alcohol, el 10% se convertirá en bebedores problema en algún momento de su vida, es por eso que en la adolescencia; un periodo particularmente vulnerable en la vida de un individuo, por ser un momento de transición en donde se padece de ambivalencias y contradicciones en el proceso de

búsqueda de identidad, del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que desea incorporarse, se debe poner mayor énfasis, pues es en esta etapa la que constituye una de las principales para la experimentación de consumo de alcohol.



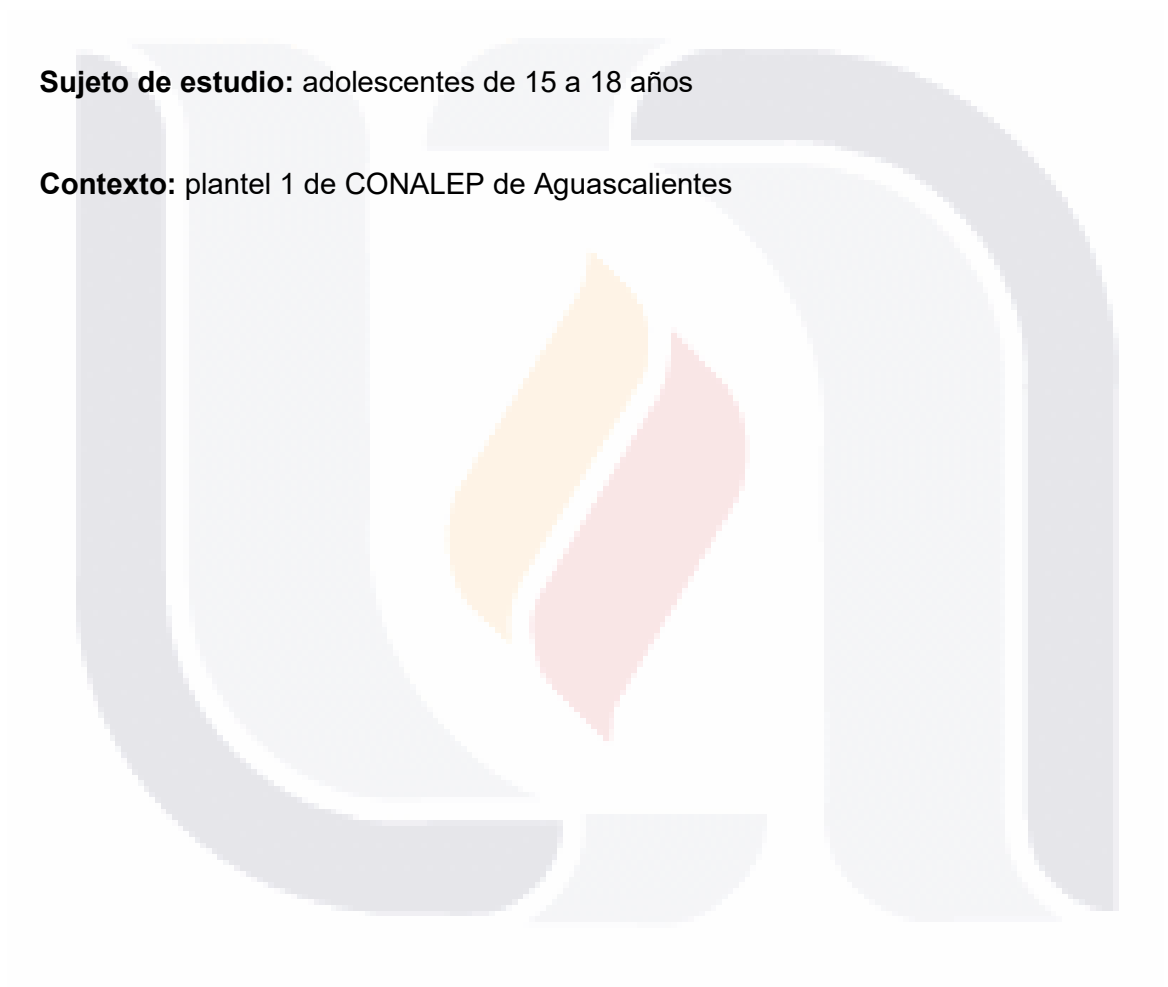
IV.- Planteamiento del problema

RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DEL PLANTEL 1 DEL CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES

Objeto de estudio: percepción de riesgo de consumo de alcohol

Sujeto de estudio: adolescentes de 15 a 18 años

Contexto: plantel 1 de CONALEP de Aguascalientes



DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El estado de Aguascalientes cuenta con un total de población de 1 184 996 habitantes de los cuales la ciudad de Aguascalientes cuenta con 707,010 habitantes, de los cuales 27% se encuentran en el rango de edad de 15 a 29 años, 27.2% Son hombres y 27% Son mujeres ⁽¹⁾

En el estado Aguascalientes el IMSS atiende a una población de derechohabientes total de 530 445, en la ciudad de Aguascalientes se atiende a un total de 415,917 derechohabientes la población de Adolescentes de 15 a 19 años de edad que es atendida 40, 695 de los cuales 20 255 son hombres y 20 440 son mujeres. ⁽¹⁾

El CONALEP ubicado en el municipio de Aguascalientes cuenta con 4 918 alumnos que oscilan entre los 15 y 19 años, el plantel 1 “Prof. J. Refugio Esparza Reyes cuenta con un total de 1459 alumnos de los cuales 605 son mujeres y 854 son hombres. ⁽²⁾

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

En Europa una de cada cuatro muertes entre los varones de 15 a 29 años se relaciona con el alcohol. En la Europa Oriental la cifra se elevó a 1 de cada 3 en 1999, 55.000 personas jóvenes fallecieron por esta causa. En Rusia, se observa una actitud positiva hacia el alcohol por parte de los jóvenes y los medios de comunicación de masas no hacen más que ofrecer modelos positivos de conducta relacionados con el consumo de alcohol, sobre todo en relación con el consumo regular de pequeñas cantidades de alcohol, mostrándolo como un símbolo de bienestar y de libertad entre las personas jóvenes de hoy. Mientras que en Europa occidental se puede observar un descenso en el consumo global de alcohol, en Europa oriental el consumo se va incrementando, observándose un grave deterioro sobre todo entre las personas jóvenes de estas regiones de Europa. Los datos mundiales sugieren un incremento en la cultura de la borrachera esporádica entre los jóvenes, incluso en los países en desarrollo. Las personas jóvenes están bebiendo cantidades excesivas de alcohol hasta llegar a episodios a veces graves de intoxicación ⁽³⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los datos de la ENA 2008 confirman lo que se había observado en encuestas previas. 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en un proporción de 7.5 hombre por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad.

Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002. ⁽⁴⁾

En relación al consumo diario de alcohol de los hombres (1.7%), los porcentajes en Aguascalientes están por arriba del promedio, mientras que en las mujeres son casi nulos los casos de consumo diario. Por lo que se refiere al consumo alto, también se encuentra que tanto los hombres (48.9%) como las mujeres (19.1%) está arriba del promedio nacional. Para el consumo consuetudinario, en los hombres (9.0%) se observa un consumo dentro del promedio nacional, mientras que en las mujeres (2.3%) está por arriba. Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado, se encuentra que tanto para los hombres (13.8%) como para las mujeres (2.5%) el promedio esta por arriba de la media nacional ⁽⁵⁾

El concepto de percepción de riesgo no solamente se relaciona con el consumo de sustancias, sino con diversas conductas de riesgo, ya sea con relación a actividades sexuales, violencia, entre otras. La percepción de riesgos hace al sujeto tomar una decisión para conducirse de una manera determinada a partir de la ponderación de diversos aspectos intrapersonales y ambientales, a favor o en contra de sí mismo. La percepción de riesgo se establece desde las decisiones razonadas del individuo para involucrarse o no en el consumo, en las creencias, expectativas de personas significativas y la autoeficacia ⁽⁶⁾

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) tiene una larga experiencia en la lucha contra las drogas. Además de ser el referente básico en materia de legislación internacional (Convenciones internacionales de 1961, 1971 y 1988), dispone de organismos específicamente dedicados al fenómeno de las drogas tal es el caso de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) engloba el tratamiento multilateral de dos fenómenos complejos como son las drogas y la prevención del delito. El primero de estos se aborda desde una perspectiva global e integrada, por lo que incluye acciones en materia de reducción de la demanda de drogas y de control de su oferta, sin olvidar otras áreas como el desarrollo sostenible o el blanqueo de capitales. Para alcanzar estos cometidos, cuenta con el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Cuenta también con la Comisión de Estupefacientes es una comisión orgánica del Comité Económico y Social (ECOSOC). Funciona como el principal órgano decisor del sistema de las Naciones Unidas que trata todas las cuestiones relacionadas con las drogas ⁽⁷⁾

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. ⁽⁸⁾

El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, constituye un grave problema social y de salud pública, con importantes consecuencias negativas que trascienden del ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad.

En el caso del alcohol, la población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas además de que el porcentaje de consumo en mujeres ha aumentado, repercutiendo ello en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, laboral y familiar.

Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: intoxicación, accidentes y conducta violenta que se ve reflejada principalmente como violencia familiar, cirrosis y hepatitis, pancreatitis, cardiopatía, encefalopatía, enfermedades degenerativas y carenciales, prácticas sexuales y conductas de riesgo,

síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales, alimenticios y de la conducta, cáncer del aparato digestivo, entre otras.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones.

Los servicios de atención especializada en adicciones representan, de manera inherente, actividades:

- A) Preventivas**
- B) De urgencias**
- C) De tratamiento**
- D) De rehabilitación y reinserción social**
- E) Reducción de daños y riesgos**
- F) De enseñanza y capacitación, y**
- G) De investigación científica**

Guía clínica de adicciones, prevención detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía se pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basada en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones sobre. Prevención, detección e intervención de las adicciones en la atención primaria de salud. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención medica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. ⁽⁹⁾

El **Instituto Mexicano del Seguro Social** en Aguascalientes cuenta con dos hospitales generales de zona de segundo nivel de atención, 11 unidades de medicina familiar. En otras delegaciones, el IMSS cuenta con guías de familias con hijos adolescentes llamada consultorio familiar, en dicha guía se encuentra una recopilación de preguntas más frecuentes que los padres se hacen sobre el comportamiento de sus hijos.

Existe la guía de la salud del adolescente de 10 a 19 años que incluye temas como: a) educación para la salud b) salud reproductiva c) esquema básico de vacunación. También en el IMSS se encuentra un programa para adolescentes llamado JUVENIMSS, actualmente en función en la UMF 7, cuya finalidad es generar promotores de adolescentes lo que son capacitados para realizar actividades y pláticas en las escuelas y así promover la salud del adolescente, en dicha capacitación son de 16 sesiones en las que hablan de valores, autoestima, consejería, programas integrados de salud, salud sexual con enfoque de género, salud reproductiva, prevención de enfermedades, prevención de la violencia familiar, prevención de adicciones, identificación oportuna de enfermedades, salud bucal alimentación saludable actividad física y plan de vida.

El programa PREVENIMSS incorpora en las unidades de medicina familiar el modelo que se ha desarrollado en los centros de Atención Rural al Adolescentes (CARA), programa participativo y educativo en el que se les da orientación sobre prevención de adicciones tratamiento y consecuencias entre otra serie de orientaciones, este programa tiene sus orígenes en lo que hoy se conoce como programa de desarrollo humano oportunidades con la finalidad de tener en seguimiento a los adolescentes que se encuentran con el beneficio de dicho programa ⁽¹⁰⁾

DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa de la vida compleja y difícil, un período caracterizado por continuos cambios, en el que el joven tiene que afrontar nuevas decisiones y realizar un esfuerzo permanente de adaptación e integración. Además, a esta nueva experiencia vital a la que todos los adolescentes tienen que adaptarse, se añade la inevitable aparición de conflictos con el exterior. Son los conflictos derivados del continuo proceso de autoafirmación y búsqueda de la propia identidad en la que se ven envueltos los adolescentes. Los conflictos son el resultado de la etapa de cambio. De manera inesperada, los adultos que están alrededor observan como la conducta de los jóvenes cambia, se muestran diferentes, reivindican y solicitan nuevas demandas; en definitiva, se inicia un proceso de necesaria adaptación para poder mantener los patrones de convivencia. ⁽¹¹⁾

El consumo de alcohol representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad en general. El comienzo del uso de alcohol ocurre en su mayor parte durante la adolescencia y juventud temprana, pudiendo ser explicado como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje.

Es innegable que la juventud recibe comunicaciones contradictorias de la sociedad en su posición frente al uso de alcohol. Es prácticamente imposible ver un evento deportivo, ir al cine o leer una revista sin encontrar publicidad con gente joven (mujeres y hombres) con poder y éxito en un contexto de consumo de tabaco o bebidas alcohólicas, es decir que el uso de sustancias se plantea de manera positiva. Así, mientras que las descripciones de los anuncios publicitarios y las películas pueden parecer mundanas e inofensivas a la vista del adulto, pueden ser bastante atractivas para los jóvenes.

Los factores de riesgo están presentes antes de que se dé el consumo y están estadísticamente asociados con un incremento en la probabilidad del abuso de alcohol. Muchos de los factores de riesgo para el abuso de alcohol en adolescentes pueden predecir también otras conductas problemáticas en la adolescencia.

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

Los llamados factores de riesgo son de gran utilidad para plantear alternativas de prevención, sin embargo el número de factores de riesgo determinados es tan amplio que dificulta el establecimiento de una predicción más real de la posibilidad de consumo.

Existen diversas teorías que tratan de explicar el uso experimental enfatizando su atención en las causas proximales del consumo (por ejemplo la intención de consumir), otras se centran en cómo la creencia acerca de las consecuencias del uso experimental

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

contribuye al uso de drogas por parte de los adolescentes. De manera más específica algunas teorías se centran en explicar cómo la percepción del costo-beneficio del consumo contribuye a la decisión de los adolescentes para experimentar con drogas.

La mayoría de investigaciones que se han centrado en este campo, es decir, en el estudio de los distintos factores que pueden predecir el consumo, dan relevancia especial a los factores cognitivos, y, especialmente, a las actitudes. Aunque algunas teorías fueron desarrolladas como modelos para explicar la conducta en general, pueden ser aplicadas exitosamente para el entendimiento de las causas de la experimentación de drogas, entre ellas destacan la teoría de la acción razonada y la teoría de de la conducta planeada.

La Teoría de Acción Razonada (TAR), trata de explicar las conductas que están bajo control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden y la explican. Para estos autores el determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla. A su vez, la intención de conducta tiene dos precursores que la explican; uno estrictamente individual, como es la actitud acerca de la conducta, y otro de carácter colectivo y social, que hace referencia al contexto socio-cultural del individuo, acuñado como norma subjetiva.

La actitud hacia la experimentación se determina por cada una de las creencias que la persona posee respecto a ésta y la evaluación positiva/negativa realizada hacia cada una de esas creencias. Esta evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación y la fuerza de la intención del uso de drogas.

La Teoría de la Acción Planeada (TAP) que fue desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada (TAR) e incluye un tercer determinante de la intención de conducta, el control percibido o autoeficacia. Esto debido a que existen muchas situaciones en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos que podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta

En ciertas ocasiones ha sido equiparado el componente de percepción del control (autoeficacia) con el concepto de autoeficacia propuesto por Bandura, sin embargo Ajzen ha manifestado que sí hay cierta la similitud pero que el constructo de percepción de

control es mucho más amplio y que está conformado por un gran número de variables, por ejemplo, la oportunidad de acción, el tiempo o momento en que la conducta ha de realizarse, la necesidad de otras personas para realizar la acción o los obstáculos que éstas puedan interponer para que dicha acción no sea llevada a término o la percepción de habilidad para llevar a cabo la acción, la percepción de eficacia, entre otras.

Entonces se puede decir que la autoeficacia (percepción de control) de Ajzen se refiere a la percepción de riesgo, qué tan peligroso o no es el uso de drogas; el enfoque es cognitivo actitudinal y se refiere a la percepción de riesgo como uno de los elementos del principio del consumo y de Bandura, a través del concepto de autoeficacia el cual se refiere no sólo al conocimiento del riesgo, sino a la percepción del sujeto para enfrentarlo o resolverlo, es decir no sólo si es peligroso o no, sino cómo se percibe el sujeto para enfrentar esos riesgos. ⁽³⁾

Diversas investigaciones avalan el rol que la percepción de riesgo toma para el consumo. Así, Benthin, Slovic y Severson, (1993), proponen que el consumo se presenta por la influencia de las percepciones y actitudes sobre los riesgos asociados a una actividad en particular. Calafat, Fernández, Juan, Bellis, Bohr et al., (2001) encuentran que la percepción de riesgo y la predisposición al riesgo, son determinantes importantes para que un joven tenga un comportamiento de alto riesgo. Benthin et al. (1993) examinaron la relación entre percepción de riesgo y la participación en actividades de alto riesgo, encontrando que los adolescentes que llevan a cabo este tipo de actividades, suelen reportar una percepción de riesgo menor. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

Existen algunos autores que pretendían dar una definición de adolescencia tal es el caso de Palacios y oliva en 1999 donde menciona que desde la filosofía griega se definía como una etapa de indisciplina, de cuestionamiento a lo externo y de búsqueda de su lugar en la sociedad. Algunas otras provenientes desde la antigüedad la han delimitado como una etapa de excitabilidad excesiva según Platón, o bien alguien que gusta del lujo y es mal educada descrita por Sócrates. ⁽¹⁴⁾

El adolescente busca en el alcohol un medio de evitación, de escape, de refugio o de aceptación social principalmente ante sus amigos y grupo de pares. En esta etapa crítica, el individuo se encuentra en la búsqueda de su propia identidad y tiende a rebelarse ante las figuras de autoridad. Todo esto lo lleva a realizar conductas sin evaluar las consecuencias que se pueden presentar en él mismo y en su entorno inmediato. Un ejemplo de estas conductas es el consumo de alcohol. Se entiende como sólo un ejemplo, porque el área de experimentación, a veces sin medir los riesgos que se corren, abarca un gran espectro de conductas, como drogarse, involucrarse en conductas sexuales sin protección, desafiar a las figuras de autoridad.

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

También se ha encontrado que la percepción del adolescentes sobre la peligrosidad del consumo de drogas para la salud, es un factor importante para tomar la decisión de consumirlas o no. Se debe aclarar que el concepto de percepción de riesgo no solamente se relaciona con el consumo de sustancias, sino con diversas conductas de riesgo, ya sea con relación a actividades sexuales, violencia, etc. La percepción de riesgo hace al sujeto tomar una decisión, para conducirse de una manera determinada, a partir de la ponderación de diversos aspectos intrapersonales y ambientales a favor o en contra de la misma. ⁽¹⁵⁾

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Las drogas legales se consideran sistemáticamente menos peligrosas que las ilegales. Los estragos que han causado las sustancias menos aceptadas, como la heroína o algunos derivados de la cocaína, ha podido tener como consecuencia el incremento de la percepción de riesgo de esta sustancia, pero también la disminución de la percepción de riesgo que conlleva el consumo de las drogas aceptadas dentro de la sociedad. Además,

la polarización entre las drogas aceptadas y no aceptadas tiende a generar la estigmatización de un perfil concreto de consumidor de drogas. ⁽¹⁶⁾

En la ENA 2008 refiere que el consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). ⁽⁴⁾

Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aun menor los problemas derivaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%). Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema. ⁽¹⁷⁾

De todos modos, las enfermedades producidas por el consumo crónico de alcohol afectan a casi todos los tejidos y sistemas de organismo. No deben, pues, olvidarse sus efectos sobre el sistema cardiovascular (miocardiopatía alcohólica), páncreas (pancreatitis aguda y crónica), sistema nervioso central (atrofia cerebral y cerebelosa, encefalopatías), nervios periféricos (Polineuropatía alcohólica), sistema músculo-esquelético (osteoporosis, miopatía alcohólica) y sobre el feto (síndrome alcohólico fetal), ni tampoco las enfermedades psicoorgánicas (amnesia lacunar, demencia alcohólica), los trastornos psicóticos (alucinosis, celotipia alcohólica) u otras enfermedades psiquiátricas como

ansiedad y depresión, a que puede dar lugar. El desarrollo de estas enfermedades depende en gran medida de la cantidad de alcohol consumido por los pacientes (dosis total acumulada de alcohol durante toda la vida del sujeto), aunque también influye una cierta predisposición personal (vulnerabilidad genética) y/o del concurso de determinadas circunstancias ambientales como malnutrición o infecciones concomitantes, como, por ejemplo, los virus de las hepatitis B y C. ⁽¹⁸⁾

ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTES PARA SOLUCIONARLO

A pesar que durante años se han realizado investigaciones sobre el consumo de alcohol y el porque de su consumo, aun no se ha logrado tener el impacto deseado, pues indudablemente el consumo de alcohol ha ido en aumento en la población de adolescentes hasta convertirse en un problema de salud pública con sus múltiples repercusiones sociales y orgánicas. En general se es consciente de los graves problemas sobre el consumo de alcohol pero no de los riesgos, pues en varias intervenciones se ha obviado la importancia que tiene la percepción de riesgo en los jóvenes referente al consumo de alcohol, ya que la percepción de riesgo se establece desde las decisiones razonadas del individuo para poder determinar la cantidad y las veces que puede llegar a consumir dicha droga legal, teniendo conocimiento de antemano que la percepción de riesgo no solo se relaciona con el consumo de sustancias sino con diversas conductas de riesgo llevando al adolescente a su respectiva toma de decisiones.

Es por eso que en estado de Aguascalientes siendo un problema de salud pública al ocupar el alcoholismo un lugar por encima de la media nacional , donde además el consumo ya no es solo referente en el género masculino sino que el femenino ha ido en aumento hasta llegar casi a la parte del masculino por lo tanto es necesario encontrar la relación de la percepción de riesgo con el consumo de alcohol ya que no contamos con estudios de este tipo en el estado que nos ayuden a disminuir este indicador.

BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

En el 2009 Moral Jiménez et col realizaron un muestreo intencional de un colectivo de 273 adolescentes escolarizados de diferentes niveles académicos de edades que oscilan entre los 14 y 18 años que cursan estudios en cuatro centros de enseñanza secundaria del principado de Asturias, España. El objeto de estudio fue el análisis de las actitudes hacia la experimentación con sustancias psicoactivas (alcohol y cannabis) de acuerdo a una triple dimensionalidad: factores cognitivos (creencias, expectativas, percepciones, etc.), afectivos (identificación con los usuarios, agrado o desagrado, etc.) y comportamentales (inclinación para la aceptación del hábito). Así como la percepción de riesgos y la conciencia de daño físico y/o psicosocial derivado de la experimentación con alcohol, Las principales variables investigadas fueron, la percepción del grado de riesgo y problematicidad inherente al consumo de alcohol, así como el conocimiento acerca de las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol. Como resultado del análisis del grado de problematicidad percibida, derivada de la experimentación con diversas sustancias psicoactivas, así como de la percepción de riesgos y consecuencias negativas que se han derivado de sus experiencias de consumo de alcohol, se deriva una tendencia a reconocer las escasas consecuencias negativas sufridas. ⁽¹⁹⁾

En el 2008 Montoya de Avara y Cristina Pillón, realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal en el departamento de educación de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras. La muestra de estudio fue de 264 (33.2%) de estudiantes de ambos planes de estudio. Al estudiar la percepción de 264 (33.2%) estudiantes sobre los factores que predicen el consumo de drogas entre estudiantes, se evidencia que éstos consumen alcohol y tabaco y perciben el alcohol como una propensión al consumo de drogas. El grupo de Profesionalización percibe la familia y la iglesia como factores protectores, y de riesgo al grupo de amigos y la escuela. Igualmente, este mismo grupo considera entre las motivaciones para el uso la excesiva carga (estudio, trabajo y familia) y el estrés; percibe a los usuarios de drogas como anormales y viciosos. El factor de riesgo es la escuela, y los protectores la sociedad, la iglesia y la familia. ⁽⁶⁾

En el 2011, Uribe Alvarado, Verdugo Lucero y Zacarías Salinas realizaron un estudio con muestra no probabilística por conveniencia y se integró por 299 estudiantes de nivel medio superior inscritos en bachilleratos de la Universidad de Colima. De ellos, 150 (50.2%) fueron hombres y 149 mujeres (49.8%). El rango de edad fue de 15 a los 19 años. El objetivo de este trabajo fue investigar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas legales e ilegales. Para ello, se elaboró ex profeso el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas que contiene preguntas sociodemográficas y tres apartados para medir la percepción de riesgo en el consumo, la opinión del nivel de peligrosidad de las drogas licitas e ilícitas, y la frecuencia de consumo de ambos tipos de sustancias. La diferencia de medias entre hombres y mujeres fue estadísticamente significativa en el factor de frecuencias del consumo de alcohol; de igual forma, se comprobó que entre menor es la percepción de riesgo, mayor es el consumo de drogas. Finalmente, se concluye que estos hallazgos pueden guiar las intervenciones de tipo preventivo y terapéutico en adolescentes. ⁽²⁰⁾

En el 2005 Yubero, Larrañaga, Navarro, Serna y Martínez, realizaron un estudio con una muestra de 3065 jóvenes seleccionada aleatoriamente realizando un cuestionario sobre estilo de vida, consumos y factores de prevención con el objetivo de analizar la percepción social que tienen los jóvenes sobre el consumo de sus iguales. Se concluyó que probablemente el mayor problema, posiblemente sea que muchos de los adolescentes no perciben el problema del consumo como propio, consideran que son los demás los que pueden tener problemas por un consumo excesivo, pero no ellos de forma personal, lo que podría llevar a alejarse de cualquier medida de intervención, ya que no se perciben como beneficiarios de la misma. ⁽²¹⁾

En el 2006 Trujillo, Santacana y Gómez realizaron un estudio determinar las diferencias y similitudes existentes entre jóvenes de Barcelona y jóvenes de Bogotá, en cuanto a sus hábitos de consumo de sustancias psicoactivas, la percepción que tienen sobre actividades que involucran el consumo y cómo la percepción de riesgo influye en estos hábitos. La muestra la componen 865 jóvenes de ambas ciudades escolarizados, entre los 15 y los 18 años. Se utilizaron las variables de riesgo estudiadas por Benthin, Slovic y Severson (1993) para evaluar la percepción de riesgo y los hábitos de consumo se evaluaron mediante las respuestas de los jóvenes a preguntas sobre la edad en la que

consumieron por primera vez alguna de las sustancias, frecuencia de consumo en la última semana y la intención de consumo en el siguiente año. Se encontró que la edad de inicio del alcohol, marihuana y la primera vez que se embriagan, es significativamente diferente según la ciudad en la que se vive. Los jóvenes de Barcelona tienen una propensión y un consumo real mayor que los jóvenes de Bogotá, en cuanto a todas las sustancias evaluadas. Percibir placer o beneficios predice un incremento en la intención y la frecuencia de consumo de la mayoría de las sustancias a excepción de los jóvenes mayores (17 a 18 años) de Bogotá. El miedo a las consecuencias, o el percibir riesgo a enfermarse o herirse y la facilidad para acceder a las sustancias no parecen tener una influencia clara en los diferentes hábitos de consumo. ⁽¹¹⁾

En el año 2000 Obondo y Saenz realizaron un estudio en alumnos de 5to y 6to de primaria con una muestra de 386, se aplicó una metodología censal, los datos fueron obtenidos por un cuestionario de 22 preguntas tomando en consideración 4 áreas de interés: información socio-demográfica general, percepción del ambiente del estudiante y de sí mismo, percepción de riesgo de consumo, y consumo de drogas, teniendo como resultado una evidente incongruencia al considerarse que, precisamente son las drogas legales (alcohol y tabaco) de las que los estudiantes han escuchado más pero que, a la vez, estiman menos peligrosas. Así pues, el alcoholismo es percibido como el segundo problema en importancia de la comunidad; sin embargo, se le califica como una droga de menor peligrosidad en comparación con las drogas ilegales, a pesar de que se manifiesta un consumo relativamente alto de alcohol en los escolares. ⁽¹²⁾

En el 2000 Zuñiga y Bouzas realizaron un estudio en 264 adolescentes con un cuestionario autoaplicable con el objetivo de estudiar la estimación de la probabilidad de experimentar consecuencias negativas y positivas asociadas al consumo de alcohol como una función de las siguientes variables: experiencia con la ingesta de alcohol, género, edad, nivel socioeconómico y nivel de religiosidad. Se estimaron la probabilidad de cinco consecuencias positivas y seis negativas asociadas al consumo de alcohol. Los resultados mostraron que aunque todos los adolescentes estimaron que podrían experimentar alguna consecuencia negativa por consumir alcohol, aquellos que han consumido alcohol, en comparación con los que son abstemios, estimaron que sufrirán menos consecuencias negativas y más consecuencias positivas. ⁽²²⁾

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Uno de los grupos etáreos de riesgo más propenso al consumo de alcohol son los adolescentes debido a sus características biopsicosociales. Los adolescentes tienen el mismo tipo de motivación: la curiosidad y el deseo de experimentar sensaciones fuertes, de explorar el propio organismo físico y mental y en muchos casos afirmar la condición de adulto y la independencia. Es por eso que la percepción de riesgo es fundamental en esta edad pues es la que determinara la toma de decisiones de conductas futuras que podrían poner en riesgo o garantizar la salud del propio adolescente, por lo que se identificara en este trabajo la percepción de riesgo de consumo de alcohol que tiene los adolescentes para poder implementar posteriormente estrategias educativas en el ámbito de las adicciones para lograr parar el desenfrenado aumento en el consumo de alcohol y sus repercusiones en todos los ámbitos dentro de los adolescentes.

De no lograr realizar que el consumo disminuya las repercusiones sociales y orgánicas se verán cada vez más frecuente en un mayor número de población lo que podría llevar a que los costos dentro de las instituciones de salud se elevaran, se tendría que contemplar atención para fallas orgánicas futuras de los consumidores de alcohol además de las consecuencias sociales que llegaran a presentar secuela de los actos realizados por poco conocimiento que se tiene acerca de la percepción de riesgo.

Es por eso que nos planteamos el siguiente problema: ¿Cuál es la Percepción del Riesgo relacionada al consumo de alcohol en los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del conalep Aguascalientes?

V.- Antecedentes Científicos

En el 2010 Uribe I., Lucero J. y Zacarías X. Realizaron un estudio con el objetivo de investigar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas legales e ilegales en una muestra de 299 adolescentes, estudiantes de nivel medio superior de los bachilleratos inscritos a la universidad de Colima, donde la muestra de estudio fue no probabilística por conveniencia. Con base en un trabajo inicial de Salazar, Varela, Tovar y Cáceres (2006), el instrumento de recolección de información fue el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas, elaborado ex profeso para esta investigación, el cual contiene preguntas sociodemográficas y tres apartados. Para validar y garantizar la confiabilidad del instrumento se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal. El instrumento se constituyó de cinco factores, con un alfa total 87.54, y 26 reactivos. El uso frecuente de drogas lícitas (tabaco y alcohol) e ilícitas (marihuana, cocaína, heroína) en adolescentes se relaciona con la percepción del nivel de peligrosidad de las sustancias, así como con la actitud hacia su consumo.. De acuerdo con los resultados del presente estudio, se hallaron diferencias de género en la percepción y el consumo de sustancias adictivas. Por ende, parece necesario realizar más estudios en cada grupo, lo que traerá consigo intervenciones más exitosas, más orientadas y con efectos más duraderos. ⁽²⁰⁾

Moral Jiménez et col en el 2009, realizaron un muestreo intencional de un colectivo de 273 adolescentes escolarizados de diferentes niveles académicos de edades que oscilan entre los 14 y 18 años que cursan estudios en cuatro Centros de Enseñanza Secundaria del Principado de Asturias, España. Las principales variables investigadas son las relativas a las actitudes ante el consumo de alcohol. El objetivo de esta investigación fue el análisis de las actitudes hacia la experimentación con sustancias psicoactivas (alcohol y cannabis) de acuerdo a una triple dimensionalidad: factores cognitivos (creencias, expectativas, percepciones, etc.), afectivos (identificación con los usuarios, agrado o desagrado, etc.) y comportamentales (inclinación para la aceptación del hábito). Así como la percepción de riesgos y la conciencia de daño físico y/o psicosocial derivado de la experimentación con alcohol. En cuanto a los resultados a partir del análisis diferencial de los factores de percepción de riesgo se ha confirmado que los adolescentes que experimentan con alcohol y derivados cannábicos manifiestan en su conjunto una menor

percepción de los riesgos asociados a la experimentación contrastando con la mayor concientización del potencial daño alcohólico de quienes no son usuarios. Son más permisivos, manifiestan unas creencias más distorsionadas y una mayor disposición hacia la habituación alcohólica. En este sentido, se proponen estrategias preventivas y de intervención psicosocial y comunitaria mediante las cuales se fortalezcan las actitudes de resistencia individual. ⁽¹⁹⁾

En el 2008 Montoya de Abarca realizó un estudio tipo Descriptivo-Transversal, donde se estudió la percepción de 264 (33.2%) estudiantes de enfermería del grupo de profesionalización y del grupo regular sobre los factores que predicen el consumo de drogas entre estudiantes, se evidencia que éstos consumen alcohol y tabaco y perciben el alcohol como una propensión al consumo de drogas. Este estudio nos da indicadores para replantearse acciones concretas en la formación del personal de enfermería al estudiar el fenómeno de las drogas. Este estudio revela una realidad en la que viven y desarrollan su aprendizaje las estudiantes que es la escuela a la cual consideran como un factor de riesgo. Con esto se abre la posibilidad para que el personal docente del departamento de educación de enfermería y otras instancias de la UNAH asuman la responsabilidad de fomentar factores protectores. Se trata de acercarnos más para conocerlas mejor y trabajar con ellas en forma integral. ⁽⁶⁾

En el 2007 Trujillo, Santacana y Gómez, realizaron un estudio con los objetivos de: a) explorar las diferencias en cuanto a la edad de inicio y los hábitos de consumo de jóvenes entre los 15 y los 20 años de Bogotá (Colombia) y Barcelona (España) y, b) establecer la influencia de la percepción de 9 variables de riesgo en los hábitos de consumo controlando el contexto cultural. La muestra la componen 865 jóvenes de ambas ciudades escolarizados, entre los 15 y los 18 años. Se utilizaron las variables de riesgo estudiadas por Benthin, Slovic y Severson (1993). Mediante esta medida, han evaluado las percepciones de los adolescentes sobre diferentes facetas de los riesgos y los beneficios asociados a una gran variedad de actividades de alto riesgo. Existen diferencias significativas entre las dos ciudades en cuanto a la percepción de las características de riesgo de las cuatro actividades, tomadas conjuntamente, excepto en la escala de conocimiento y en la de admiración. Los adolescentes de Barcelona dan valores más elevados en percepción del riesgo personal, riesgo a terceros, obtención de beneficios,

evitación y facilidad de consumo. Los adolescentes de Bogotá dan valores más elevados en las escalas de miedo y presión. Esto sugiere que los jóvenes de Bogotá en comparación con los de Barcelona, perciben más miedo y sienten más presión por parte de sus iguales para llevar a cabo cualquiera de las cuatro actividades. ⁽¹¹⁾

En 2000 Obando y Saenz realizaron un estudio con los objetivos de analizar las características del consumo de sustancias psicoactivas y la percepción hacia éstas, de los/as niños/as de 5° y 6° grados de tres escuelas urbano marginales de Heredia e identificar factores de riesgo y protectores asociados con el consumo de drogas en los/as niños/as estudiados/as. Se realizó una encuesta a un total de 386 escolares, con un rango de edad de los 9 a los 14 años. Se realizó un estudio tipo descriptivo, transversal, los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario compuesto de 22 preguntas, el cual fue diseñado por personal de la unidad de investigación del Instituto sobre Alcoholismo y farmacodependencia (IAFA). En los resultados se apreciaron las diferencias entre la percepción sobre la droga de la que más han escuchado y la que consideran más peligrosa. Asimismo, llama la atención que si bien el alcoholismo es considerado el segundo problema en importancia en la comunidad, no es considerado tan peligroso como lo son otras drogas. Así pues, el alcoholismo es percibido como el segundo problema en importancia de la comunidad; sin embargo, se le califica como una droga de menor peligrosidad en comparación con las drogas ilegales, a pesar de que se manifiesta un consumo relativamente alto de alcohol en los escolares. ⁽¹²⁾

En el año 2006 Bohinga y Bouzas realizaron un estudio con el objetivo de estudiar la estimación de la probabilidad de experimentar consecuencias negativas y positivas asociadas al consumo de alcohol. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal en una población de 264 adolescentes de una institución pública de educación media superior de la ciudad de México. Se construyó un cuestionario auto-aplicable de 35 preguntas distribuidas en cuatro secciones: a) datos generales, b) consumo de alcohol, c) percepción de consecuencias positivas y negativas y d) experiencia con el consumo de bebidas alcohólicas. Este cuestionario tiene una alta consistencia interna *alpha de Cronbach* igual a 0.89. En sus resultados se muestra la estimación de la probabilidad de las seis consecuencias negativas hecha por todos los adolescentes, independientemente de las variables sociodemográficas y de la experiencia asociada a la ingesta de alcohol.

La consecuencia considerada con mayor probabilidad de ocurrencia fue la de tener problemas familiares ($p = 47.01$), seguida por el sentir malestar físico ($p = 46.82$), tener un accidente ($p = 45.47$) y sentir culpa ($p = 31.17$). Las consecuencias estimadas con menor probabilidad de ocurrencia fueron ser agresivos ($p = 24.18$) y tener relaciones sexuales sin protección ($p = 23.18$).⁽²²⁾



VI- JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a las personas, a sus familiares y a la sociedad en general.

Las tendencias indican que la edad de inicio de consumo es cada vez más temprana. Esto refleja que la edad en la que un sujeto tiene su primer contacto con el alcohol, coincide con el inicio de la adolescencia, edad conflictiva por si misma donde se percibe como alguien inmune y realiza actos que ponen en riesgo su salud o su vida.

Resulta contradictorio como el consumo de alcohol por parte de los adultos que rodean cotidianamente a los jóvenes crean en ellos la percepción de que el consumo de alcohol es algo inocuo e inclusive “normal” presentándolo como menos riesgoso con respecto a otras drogas no legalizadas.

Existen diversos estudios realizados en el país con respecto a la percepción de riesgo, sin embargo; en el estado de Aguascalientes donde nos encontramos por arriba de la media nacional en consumo de alcohol, además de ir en aumento la incidencia y prevalencia en adolescentes e incrementándose el consumo en las mujeres, no se ha realizado ninguna investigación que pudiera orientarnos de cómo se manifiesta la percepción de riesgo en los adolescentes del estado.

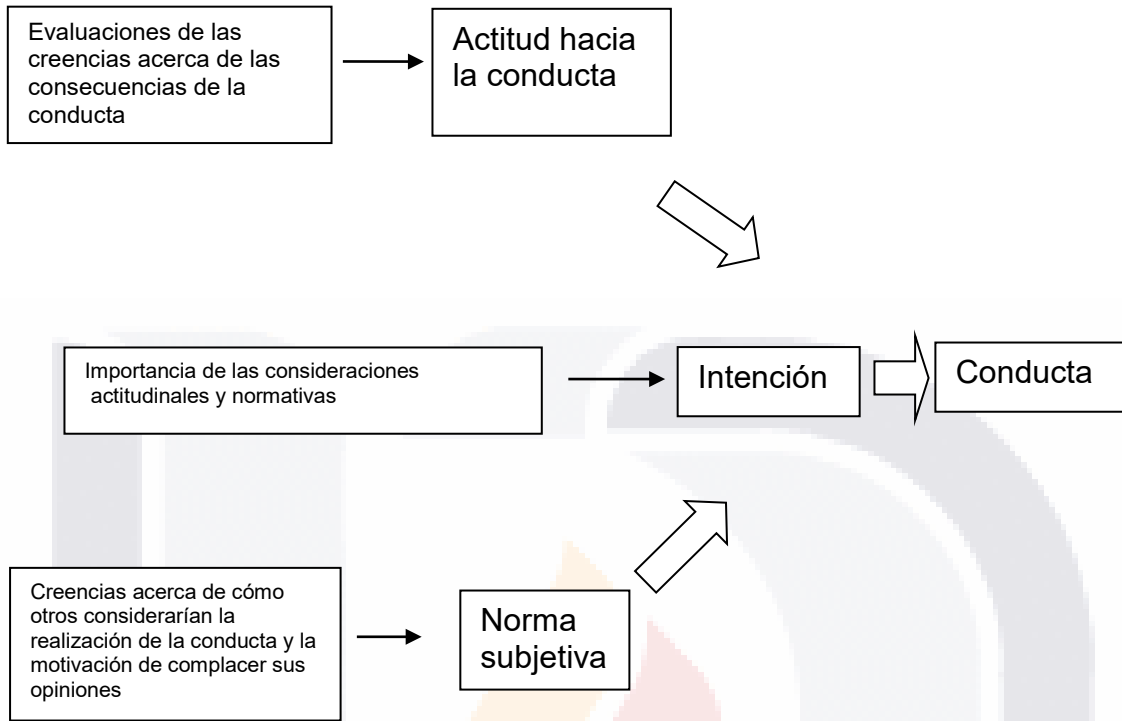
VII.- MARCO TEÓRICO

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Una teoría muy utilizada que subraya el papel de los factores cognitivos motivaciones como determinantes de la conducta de salud en general es la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen. El interés de esta teoría fue el de establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta en función del estudio de las actitudes que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer.

Lo realmente relevante de Fishbein y Ajzen, es defender la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello, aunque de forma indirecta, determinan nuestras intenciones y conductas.

Al aplicar el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, sus autores argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. El elemento principal como antecedente de la conducta es la intención conductual, de la cual depende tanto la ejecución de la conducta motivada, como la intensidad con la que se lleve a cabo. La intención está determinada a su vez por dos variables: una personal referida a la actitud personal hacia la conducta (evaluación favorable o desfavorable por parte del sujeto de esa conducta) y una variable social referida a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe en su medio social (presión social que le induce a realizar o no realizar cierta conducta), denominada influencia social normativa o norma subjetiva.



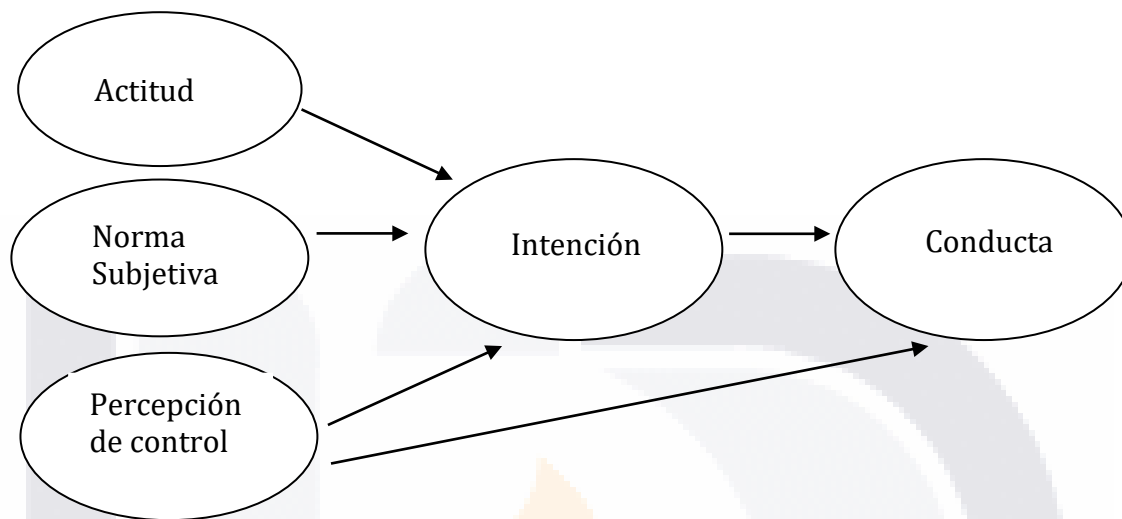
Posteriormente, Ajzen (1985, 1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de control percibido sobre la conducta, con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad del sujeto para realizarlas). El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA

Uno de los modelos que más investigación ha generado es la Teoría de Acción Planeada (Ajzen, 1985) desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975). Ambos modelos postulan que el inmediato precursor de la conducta es la intención. Ésta, a su vez, tiene unos antecedentes que la explican, a saber: la actitud, conformada por las creencias, acerca del objeto, y la evaluación de las mismas, y por la norma subjetiva, desarrollada a partir tanto de la percepción de las creencias que los otros poseen acerca de la conducta que la persona debe realizar como de la motivación personal en cumplir dichas expectativas. Estos dos antecedentes de la intención explican la conducta cuando está motivada por procesos volitivos y se enmarcarían en el modelo predictivo de la teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, *op. cit.*). Posteriormente, la consideración de que no todas las conductas se hallan bajo el control de procesos volitivos, conjuntamente con la inestabilidad predictiva del modelo, condujo a la inclusión de una nueva variable predictiva, la percepción de control. Esta variable, a diferencia de las anteriores, puede influir directamente en la realización de la acción además de intervenir a través de la intención. Los antecedentes que explican esta variable son las creencias acerca de la habilidad de ejecución, es decir, la confianza que el individuo posee acerca de sus capacidades, conocimientos, destrezas, etc. y las creencias acerca de la facilidad o dificultad de realizar una acción. Ambos tipos de creencias se ciñen a la conducta y situación en la cual ha de ser realizada, pudiendo impedir o facilitar su ejecución.

El constructo de percepción de control ha sido equiparado al concepto de autoeficacia propuesto por Bandura (1977, 1987). Ambos comparten la percepción de capacidad por parte de la persona para realizar una conducta. No obstante, como ya indicó Ajzen (1985, 1991, 1996), la percepción de control que se incluye en la TAP considera, además, la percepción de barreras externas (dificultad o facilidad) que pueden interponerse en la ejecución del comportamiento. De este modo, actitud, norma subjetiva y percepción de control son las variables antecedentes de la intención que conforman la teoría de acción planeada (Ajzen, 1985). En la siguiente Figura se representan las variables predictoras

de la intención, los precursores de las mismas y las vías de influencia en el propósito de la acción.



Como se puede observar, todas las variables influyen en la formación de la intención, siendo ésta y la percepción de control las únicas que pueden intervenir directamente en el desarrollo de la conducta. Asimismo, como puede observar-se en la figura, la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control pueden modificarse entre sí, previamente al desarrollo de la intención.

Desde que fue descrito el modelo, su aplicación a distintas áreas de la conducta humana ha sido diversa, siendo el área de la salud uno de los ámbitos de mayor aplicación en la última década. Los resultados obtenidos en los distintos trabajos han sido satisfactorios informando que, con la inclusión de la percepción de control, aumenta la varianza explicada del modelo, fluctuando ésta en función de la conducta estudiada y de la muestra empleada entre un 25% y un 65% (Armitage y Conner, 1999; Blue, 1997; Brenes, Strube y Sto-randt, 1998; Carpi, 2001; Sheeran y Taylor, 1999) ⁽²³⁾⁽²⁴⁾

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida compleja y difícil, un período caracterizado por continuos cambios, en el que el joven tiene que afrontar nuevas decisiones y realizar un

esfuerzo permanente de adaptación e integración. Además, a esta nueva experiencia vital a la que todos los adolescentes tienen que adaptarse, se añade la inevitable aparición de conflictos con el exterior. Son los conflictos derivados del continuo proceso de autoafirmación y búsqueda de la propia identidad en la que se ven envueltos los adolescentes. Los conflictos son el resultado de la etapa de cambio. De manera inesperada, los adultos que están alrededor observan como la conducta de los jóvenes cambia, se muestran diferentes, reivindican y solicitan nuevas demandas; en definitiva, se inicia un proceso de necesaria adaptación para poder mantener los patrones de convivencia.

Esta convivencia comienza a tener nuevos matices, nuevas particularidades, que en unas ocasiones se resuelven de manera satisfactoria, pero que en otras producen enfrentamiento y malestar. Esta polaridad, esta alternancia puede y debe identificarse como una situación de completa normalidad en la adolescencia. Una situación que podemos esperar como una parte del proceso de desarrollo. Por consiguiente, el primer elemento que hemos de tener en cuenta cuando realicemos una aproximación a los adolescentes desde los centros de salud es que nos encontramos en una etapa de cambio y de transición. La consecuencia de ello es que nos aparecen demandas en la consulta que son simplemente el resultado de los conflictos que los adolescentes entablan con sus padres, sus tutores o sus profesores. La adolescencia es una etapa de la que los adultos hemos hecho una caricatura, de tal manera que con frecuencia nuestra aproximación a ella es con una considerable carga de tópicos y prejuicios.

ETAPAS DE ADOLESCENCIA

Aunque se trata de una difícil línea de división, es necesario encontrar las diferencias entre la etapa de la adolescencia y el periodo de juventud. No hay un acuerdo rígido y definido sobre dónde se sitúa la línea de división entre ambos periodos, porque el desarrollo es un proceso continuo, de permanente cambio. Pero a pesar de ello, la mayor parte de los autores han encontrado un patrón común de división de la adolescencia, estableciendo tres etapas. No todos los adolescentes viven de igual manera estas etapas, ni en intensidad ni en duración. Dependiendo de sus vivencias y experiencia, y del contexto social y familiar en el que se desarrolle cada uno de los períodos tendrá una

presencia diferente en su vida. La única manera de conocer dónde se encuentra el adolescente es mediante una entrevista con él.

Se suele dividir las etapas de la adolescencia en tres. Cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento. El desarrollo de los niños entre 8 y 18 años no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan en su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales.

Pre-adolescencia: de los 8 a los 11 años

En lo que se refiere a los cambios físicos presenta un crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría. En la fase cognitiva se presentan pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar). En cuanto al desarrollo moral se presenta egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento. En el concepto de sí mismo en gran medida está influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad. En sus características psicológicas tienen mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados. En las relaciones con los padres presenta relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos, y en la relación con los compañeros presentan relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos

Segunda etapa: de los 11 a los 15 años

En lo que se refiere a los cambios físicos la llegada de la pubertad se presenta con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal. En la fase cognitiva se presenta Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. El sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Es la época de mayor conflicto con padres. En cuanto al desarrollo moral se tiene tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres. En el concepto de sí mismo dependiera de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tiene tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Se presenta la preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general. En sus características psicológicas se presenta la atención centrado en sí mismo. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar.

Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Tendencia a olvidar todo. En las relaciones con los padres suele ser la etapa de mayor conflicto mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando. En cuanto a la relación con compañeros y cómo reaccionan ante ellos pueden condicionar las amistades. Hay mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.

Tercera etapa: de los 15 a los 18 años

Existe una mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto. En la fase

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cognitiva tiene mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social. En cuanto al desarrollo moral hay menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez, en este sentido es una etapa algo contradictoria. En el concepto de sí mismo es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones si se tiene problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.. En sus características psicológicas hay cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia. Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, en la relación con los padres suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia...), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo. En cuanto a la relación con compañeros Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente. ⁽²⁵⁾

ALCOHOL

La absorción del etanol, tras un consumo oral se produce fundamentalmente en el tracto digestivo. En este sentido, y ya que el etanol es una molécula que no puede ser ionizada, el pH de ninguno de los compartimentos del tracto digestivo parece presentar influencia alguna en este proceso. La duración media del proceso gástrico de absorción del etanol ha sido cifrada en 1,7 minutos. En cualquier caso, este tiempo depende también de la dosis, ya que incrementando ésta se aumenta el tiempo de absorción.

La mayor solubilidad del etanol en el agua respecto a la que presenta en medios lipídicos propicia que se observen diferencias en la distribución del etanol entre dos individuos con diferente proporción de grasa corporal, aún cuando la cantidad ingerida de esta sustancia y su peso corporal sean idénticos.

Por otra parte, el etanol cruza sin dificultad la barrera placentaria y la barrera hematoencefálica. Con idéntica facilidad, el etanol accede a los pulmones desde el torrente sanguíneo y se vaporiza en el aire a una velocidad constante, siendo por ello posible determinar la concentración sérica de este alcohol desde los niveles contenidos en el aire exhalado.

La mayor parte de la eliminación del etanol se produce por metabolismo, pero existe un escaso porcentaje de etanol que es eliminado, sin sufrir transformación alguna, mediante su incorporación a la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado.

El uso de contraceptivos orales reduce la eliminación del etanol hasta en un 20% (Jones y Jones, 1984). Otros fármacos (paracetamol, ácido acetilsalicílico), productos industriales (PVC, acetona y otros solventes orgánicos) y drogas (opiáceos, cocaína) de abuso parecen ser capaces de interferir con el metabolismo del etanol, fundamentalmente porque actúan como competidores de los sistemas enzimáticos responsables de su degradación. ⁽²⁶⁾

Fisiología y alcohol

El alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que los sufren. El paradigma de las lesiones orgánicas producidas por el consumo crónico de etanol es la cirrosis hepática. Aunque esta enfermedad puede ser debida a otras causas como una infección por los virus de las hepatitis B y C, desde hace años se le considera un marcador muy fiable cuanto interesa evaluar y cuantificar a nivel poblacional las lesiones producidas por el consumo crónico de alcohol.

En la práctica, el primer órgano en que entra en contacto el alcohol es el tubo digestivo, por lo que no debe extrañarnos que afecte directa e indirectamente a un órgano que debe atravesar hasta llegar al torrente circulatorio. Al igual que en los otros tejidos del organismo, los efectos del alcohol sobre el tubo digestivo dependen en gran medida de la dosis administrada, de tal manera que dosis bajas suelen tener muy pocos efectos, mientras que dosis más elevadas dan lugar a una gran variedad de trastornos. ⁽¹⁷⁾

La cirrosis alcohólica se caracteriza por la presencia de nódulos de regeneración rodeados de tejido fibroso que reemplazan a la estructura lobulillar normal. En los estadios iniciales, los nódulos son uniformes, pequeños, de unos 3 mm de diámetro, aunque en las etapas finales el tamaño de los nódulos aumenta semejando una cirrosis macronodular como las de etiología vírica. La cirrosis puede asociarse a lesiones de hepatitis alcohólica

En este sentido, son más evidentes los signos de desnutrición e hipovitaminosis, la hipertrofia parotídea y la retracción palmar de Dupuytren. También son frecuentes manifestaciones extrahepáticas propias del alcoholismo como polineuritis, trastornos de conducta o cuadros delirantes indicativos de un síndrome de abstinencia. La cirrosis puede permanecer asintomática, especialmente en los pacientes que dejan de beber. Cuando la enfermedad progresa aparecen los signos propios de hipertensión portal como ascitis, circulación colateral y varices esofágicas con la posibilidad de hemorragia digestiva. Cuando el grado de disfunción hepatocelular es muy marcado son frecuentes los episodios de encefalopatía hepática. El tratamiento de la cirrosis hepática consiste en el tratamiento de sus complicaciones. El trasplante hepático es en la actualidad una opción terapéutica a tener en cuenta en la cirrosis alcohólica avanzada. La indicación de trasplante hepático en estos pacientes debe establecerse una vez transcurrido un periodo de abstinencia de al menos seis meses y en los pacientes que tengan conciencia clara de su dependencia del alcohol y un buen soporte sociofamiliar. Diversos estudios epidemiológicos han demostrado la existencia de una estrecha relación entre el consumo excesivo de alcohol y la pancreatitis crónica (20). El alcohol generalmente da lugar a una pancreatitis crónica, recurrente y calcificante, pero se requiere un periodo de abuso de alcohol entre 6 y 12 años para que aparezcan los primeros síntomas de pancreatitis. El mecanismo patogénico de la pancreatitis alcohólica no es bien conocido. Clásicamente se

ha invocado una disfunción del esfínter de Oddi en la patogenia de la pancreatitis alcohólica. En este sentido, existe una teoría que sugiere que el alcohol disminuiría el tono del esfínter de Oddi, facilitando el reflujo del contenido duodenal al páncreas.

Actualmente nadie duda del efecto deletéreo del consumo excesivo de alcohol sobre el sistema cardiovascular, ya que su consumo excesivo da lugar a patologías graves como la miocardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias y accidente vasculares cerebrales. No obstante, a lo largo de la historia muchos médicos han llegado a prescribir bebidas alcohólicas como “tónico” cardíaco. Asimismo, en los últimos años también han aparecido numerosos artículos que sugieren que el consumo moderado de alcohol reduce la mortalidad global y muy especialmente la mortalidad por cardiopatía coronaria.

La asociación entre consumo de alcohol y arritmias cardíacas se ha popularizado bajo el término de “corazón del fin de semana” (holiday heart). En 1978, Ettinger et al, describieron una serie de 24 pacientes (20 varones y 4 mujeres) que sufrieron arritmias cardíacas durante el fin de semana. ⁽²⁷⁾

Intoxicación alcohólica

Los síntomas de la intoxicación alcohólica reflejan una depresión de las funciones de las neuronas del sistema nervioso central. De acuerdo con el grado de intoxicación los síntomas más comunes son excitación, desinhibición, verborrea, alteraciones de la conducta, incoordinación de movimientos y de la marcha, irritabilidad, estupor y coma. La cantidad de alcohol necesaria para producir intoxicación varía mucho de una persona a otra y depende, entre otros factores, del hábito alcohólico, del sexo y de la edad. Una intoxicación leve o moderada no requiere un tratamiento especial, mientras que el coma etílico constituye una urgencia médica grave, especialmente por la posible depresión de la función respiratoria.

Síndrome de abstinencia alcohólica

El síndrome de abstinencia alcohólica es la consecuencia de la dependencia física al alcohol. Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son

temblores, alucinaciones, convulsiones y delirio. El síntoma más frecuente son los temblores que aparecen a las pocas horas de la abstinencia y afectan sobre todo a manos, labios y lengua, y suelen acompañarse de náuseas, diaforesis, debilidad e irritabilidad. Entre las 24 y 48 horas del cese de la ingesta alcohólica aparecen alucinaciones visuales o auditivas, que posteriormente suelen desaparecer en pocos días.

El delirium tremens es una manifestación grave del síndrome de abstinencia caracterizado por confusión, alucinaciones, temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración profusa y fiebre. Los pacientes se recuperan al cabo de unos días, aunque en los pacientes que presentan una patología asociada como una enfermedad hepática o pancreática, traumatismos o neumonía por aspiración pueden tener mal pronóstico.

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

El consumo crónico de alcohol durante el embarazo produce una serie de alteraciones en el desarrollo fetal que se manifiestan por un retraso en el crecimiento intrauterino que da lugar a recién nacidos de bajo peso, anomalías congénitas especialmente en boca y tracto genitourinario, irritabilidad, retraso intelectual y, en los casos más graves, el síndrome alcohólico fetal. Las anomalías craneofaciales incluyen alteraciones oculares como cavidades oculares pequeñas, ptosis palpebral y estrabismo, nariz pequeña con puente nasal ancho, y labio superior grande. Las alteraciones del sistema nervioso central incluyen numerosos defectos estructurales y funcionales cuyas consecuencias son microcefalia, hipoplasia del nervio óptico, disminución de la agudeza auditiva, dificultad de aprendizaje y retraso mental. ⁽²⁷⁾

Patología familiar y violencia doméstica

Se abordan las relaciones disfuncionales y psicopatológicas nacidas como consecuencia de un consumo excesivo de alcohol por alguno de los miembros de la unidad familiar, su incidencia en los malos tratos, incluidos los aspectos referentes a los hijos de alcohólicos, a través de la literatura científica nacional o internacional y de investigaciones empíricas de carácter descriptivo. En este sentido, los datos publicados ratifican la relevancia

otorgada a la estrecha relación entre el consumo de alcohol y los desajustes familiares independientemente de quien sea el enfermo alcohólico. ⁽²⁸⁾

Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva.

Las lesiones suponen una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad a nivel mundial, y se prevé que se sitúen entre las causas que experimentarán un mayor incremento en los próximos 20 años. La implicación del alcohol en el riesgo de padecer una lesión ha sido demostrada en numerosos estudios, especialmente para el caso de las lesiones de tráfico, aunque también se ve con frecuencia implicado en las lesiones por caída, por fuego y por ahogamiento. La presencia de alcohol en los lesionados de tráfico atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios muestra unos valores superiores a los límites legales en el 30 al 51% de los casos.

Las lesiones -los mal llamados accidentes*- suponen una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. En 1998, cerca de 5,8 millones de personas murieron en el mundo como resultado de alguna lesión, principalmente a causa del tráfico, de las caídas y de la violencia. Las lesiones causan el 15% de la carga global de enfermedad (global burden of disease), medida a través de los años de vida libres de discapacidad (DALYs). Su especial impacto en las edades jóvenes las sitúa entre las 10 principales causas específicas de DALYS. Además, el hecho de que los lesionados jóvenes sobrevivan cada vez más a lesiones que anteriormente causaban la muerte no hace sino incrementar el peso de las lesiones como causa de discapacidad permanente. Las predicciones con respecto a las tendencias de dicho impacto no son menos negativas, estimándose que en el año 2020 las muertes por lesión afectarán a 8,4 millones de personas; las lesiones de tráfico pasarán a ser la segunda causa de mortalidad prematura, la tercera causa de discapacidad y la sexta causa de muerte general, siendo, con la infección por el VIH, la causa que experimentará un mayor incremento relativo. ⁽²⁹⁾

Lista Breve de conceptos utilizados

Consumo diario: Consumir diariamente al menos una copa de una bebida con contenido de alcohol. ⁽⁷⁾

Consumo de riesgo: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. ⁽⁷⁾

Consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. ⁽⁷⁾

Percepción de riesgo: capacidad del individuo de identificar los riesgos y consecuencias del consumo de sustancias. ⁽⁷⁾

Tolerancia social: fenómeno que se presenta en la sociedad en donde al individuo se le permite, o no, el consumo de ciertas sustancias. ⁽⁴⁾

Bebida alcohólica: es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. ⁽⁷⁾

Bebedores altos: Aquellas personas que por lo menos alguna vez en su vida han consumido cinco copas o más en una sola ocasión, para los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión, para las mujeres. ⁽⁹⁾

Consuetudinario: Toma diariamente y por lo menos una vez a la semana se toma cinco copas o más copas en una sola ocasión. ⁽⁴⁾

Dependencia/ abuso de alcohol: 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 (4)

Equivalencias de bebidas alcohólicas: Para efectos de establecer el patrón de consumo y el consumo per cápita, se consideran las siguientes equivalencias: (17)

Un trago o copa es igual a:

1 lata o botella mediana de cerveza (330 ml)

1 jarro o jícara de pulque de 500 ml

1 vaso de 120 ml de vino de mesa

1 vaso o copa de destilados: brandy, ron, whisky, vodka, ginebra (30 ml)

1 botella "coolers" de vino (300 ml)

1 copa "farolazo" (30 ml)

VIII.- OBJETIVOS

GENERAL

Identificar la relación entre percepción de riesgo y consumo de alcohol de los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del CONALEP de la ciudad de Aguascalientes.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
2. Determinar el tipo de consumo de alcohol en los adolescentes de 15 a 18 años del conalep Aguascalientes plantel 1
3. Determinar la percepción de riesgo de los adolescentes de 15 a 18 años del conalep plantel 1 Aguascalientes.

IX.- METODOLOGÍA

A) TIPO DE DISEÑO Y POBLACIÓN EN ESTUDIO

Tipo de estudio.- observacional transversal descriptivo

Universo.- adolescentes estudiantes de 15 a 18 años inscritos en conalep plantel 1 Aguascalientes

Unidad de análisis.- adolescentes estudiantes de 15 a 18 años inscritos en conalep plantel 1 Aguascalientes

B) CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión

Se incluirá a todo alumno que esté inscrito en plantel I conalep Aguascalientes que reúna las siguientes características:

- Adolescentes entre 15 y 18 años de edad

- Estudiantes que estén cursando cualquier grado en conalep plantel 1
- Que acepten participar en el estudio
- Que cuenten con consentimiento informado adecuadamente llenado y requisitado por padres y/o tutores de acuerdo a edad de participante

Exclusión

- Que no acepten participar en el estudio
- Que no cuente con consentimiento informado adecuadamente llenado

Eliminación

- Llenado inadecuado de los instrumentos
- Que el participante decida retirarse del estudio

C) TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó una selección probabilística con un muestreo aleatorio simple.

Tamaño de muestra

Para el cálculo de la muestra, se presenta la población de estudiantes matriculados en el plantel 1 de conalep de la ciudad de Aguascalientes, que consta con una población de 1 459 Alumnos a los cuales se les asignó un número progresivo.

El tamaño de nuestra muestra fue de 314 alumnos

N = tamaño de población 1 459

y = valor promedio de una variable = 1

se = error estándar = .015

V^2 = varianza de la población. Su definición (se): cuadrado del error estándar

S^2 = varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia de y

n = tamaño de la muestra

$$n' = \frac{s^2}{V^2}$$

$$s^2 = p(1-p) = .9(1-.9) = .09$$

$$V = (.015)^2 = .000225$$

$$n' = \frac{0.9}{.000225} = 400$$

$$n = \frac{n'}{1 + (n'/N)} = \frac{400}{1 + (400/1459)} = 313.97 = 314$$

$$n = 314$$

D) PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TÉCNICA.- se realizó un cuestionario de opción múltiple a 314 alumnos de 15 a 18 años del plantel 1 de conalep Aguascalientes, seleccionados probabilísticamente con un muestreo aleatorio simple. El cuestionario fue aplicado por el propio investigador.

Instrumento

El instrumento de recolección de información para identificar el consumo de alcohol fue el Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) La sensibilidad del AUDIT para detectar a bebedores de riesgo fue del 89%; la especificidad, del 93%, y el área bajo la curva ROC, de 0,98 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,96-0,99). Su sensibilidad fue menor en las mujeres (el 60 frente al 78%) y en los pacientes menores de 60 años (el 86 frente al 100%). El cual consta de 10 preguntas de opción múltiple, donde la valoración del test es distinta para hombres y mujeres

HOMBRES:

Puntuación total de 0 a 7 puntos: no tiene problemas con el alcohol. Puntuación total de 8-

12 puntos: está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Puntuación total de 13-40 puntos: indica que tiene un problema serio con el alcohol.

MUJERES:

Puntuación total de 0 a 5 puntos: no tiene problemas con el alcohol. Puntuación total de 6-12 puntos: está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol.

Puntuación total de 13-40 puntos: indica que tiene un problema serio con el alcohol.

Para valorar la percepción de riesgo se utilizó el cuestionario de percepción de riesgo y consumo de drogas realizado y validado en la universidad de colima, donde se utilizó el apartado correspondiente a percepción de riesgo de consumo de alcohol que se compone de cinco factores: Consumo de drogas para tener amigos y sensaciones nuevas, Conflictos individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol, Actitud negativa hacia el consumo de drogas, Consecuencias negativas del consumo de alcohol y Consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento y pertenencia. Para validar y garantizar la confiabilidad del instrumento se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal; el criterio que se siguió para considerar a los reactivos dentro de un factor fue que tuvieran una carga factorial mayor de 0.40 y sin una carga factorial similar en otro factor, con resultado de validación con *alfa de cronbach* de 84.55 y un porcentaje de varianza de 45.18

Al terminar con la aplicación de los cuestionarios a los alumnos participantes de la muestra estimada, se procedió a la recopilación para el análisis de todos los datos.

E) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	ÍNDICES	TIPO DE VARIABLE	ITEMS/PREGUNTAS	ESCALA
Percepción de riesgo: capacidad del individuo de identificar los riesgos y consecuencias del consumo de sustancias	Conducta: respuesta manifiesta y observable que realiza una persona en una situación con objeto de conseguir un objetivo determinado.	Cantidad de alcohol consumido para tener amigos y sensaciones nuevas	Las habilidades de autocontrol, que incluyen cualquier conducta controlada exclusivamente por variables (físicas, sociales o cognitivas) sobre las que el individuo puede actuar y con las cuales puede alterar la probabilidad	Nominal con escala de likert	1. se consume bebidas alcohólicas por diversión 2. normalmente se consume bebidas alcohólicas para olvidar los problemas 3. se consume en bebidas alcohólicas por pertenecer	Se utiliza una escala de likert en la que se establece la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos. 1.-Totalmente de acuerdo 2.-desacuer

			<p>ad de ocurrenci a de otra conducta cuyas consecue ncias en algún momento podrían resultar aversivas para sí mismo. Lo anterior implica que, además, la persona tiene la capacida d para controlar su comporta miento por consecue ncias a largo plazo y</p>		<p>er a un grupo de amigos 4. se consum e bebidas alcohólic as por necesid ad</p>	<p>do 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalment e de acuerdo</p>
--	--	--	--	--	---	---

			realiza esfuerzos para no comporta rse exclusiva mente por reforzado res inmediato s y placenter os. Un individuo con autocontr ol atribuye su comporta miento principal mente a factores internos y considera que éste es modificab le y variable			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>en el tiempo. En la medida que el bajo autocontrol se relaciona con la búsqueda de sensaciones placenteras y la realización de poco esfuerzo personal, se ha sido identificado como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.</p>		
--	--	--	---	--	--

	<p>Norma subjetiva Reflejan las creencias personales sobre lo que los otros significativos piensan acerca de si la persona debería o no llevar a cabo la conducta. Los otros significativos son sujetos o grupos cuyas opiniones sobre la conducta de la persona en ese dominio son importante</p>	<p>Conflictos individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol</p>	<p>Los comportamientos perturbadores, que a menudo son socialmente molestos para los demás. Se caracterizan por la indisciplina, la impulsividad, la agresividad y la rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales y vincularse con pandillas.</p>	<p>Nominal con escala de likert</p>	<p>5. el consumo de bebidas alcohólicas genera problemas en los estudios 6. por consumir bebidas alcohólicas hay inconsistencia en las clases 7. consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres 8. las discusiones</p>	<p>Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos. 1.-Totalmente de acuerdo 2.-desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo</p>
--	---	--	--	-------------------------------------	---	---

	<p>s para él o para ella. En este sentido, las Normas Subjetivas medirían la presión social que los individuos perciben en relación con llevar o no llevar a cabo la conducta en función de las opiniones de los referentes importantes</p>		<p>Sugieren la predisposición hacia la inconformidad y el desafío de figuras de autoridad, oposición generalizada, presencia de comportamientos delictivos, ilícitos, antisociales y sancionables .</p>		<p>nes de pareja son a causa de consumir bebidas alcohólicas</p>	<p>5 totalmente de acuerdo</p>
	<p>Actitud disposición aprendida a responder de manera consistente y favorable</p>	<p>Actitud negativa hacia el consumo de alcohol</p>	<p>Las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, que son</p>	<p>Nominal</p>	<p>9.- se consumen en bebidas alcohólicas para tener problemas</p>	<p>Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación</p>

	o desfavorablemente, con respecto a un objeto dado.		aquellos esfuerzos cognitivos y comportamientos mentales que se utilizan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.		as de salud 10.- la gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable 11. algunos efectos, como la resaca los mareos y los vómitos, son molestos	ón de los ítems, mediante un conjunto específico o de categorías o cuantificadores lingüísticos. 1.-Totalmente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalmente de acuerdo
	Creencias	Consecuencias	Los preconceptos	Nominal	12. el consumo	Se utiliza una

	<p>Conductuales, como antecedentes de la Actitud, se definen como la probabilidad subjetiva de que la conducta produzca un resultado determinado. De este modo, si la persona percibe que el resultado de la realización de la conducta es positivo tendrá una Actitud positiva para llevarla a cabo. Lo opuesto</p>	<p>negativas del consumo de alcohol</p>	<p>ptos y la valoración de las sustancias psicoactivas comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo de dichas sustancias, así como la percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos, por lo que pueden estar en</p>		<p>o de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia 13. el consumo de bebidas alcohólicas genera accidentes graves 14.- el consumo de bebidas alcohólicas genera efectos negativos en la vida familiar</p>	<p>escala de likert en la que se establece la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico o de categorías o cuantificadores lingüísticos. 1.-Totalmente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalment</p>
--	---	---	---	--	--	--

	puede ocurrir si se esperan resultados negativos.		un continuo entre «benévolo» y «condenatorio» .			e de acuerdo
	Intención: representa ción cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta dada y se considera el antecedente inmediato de la conducta.	Consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento y pertenencia	Las relaciones interpersonales, que incluyen la cantidad y el grado de satisfacción con las mismas. La insatisfacción con las relaciones interpersonales ha	Nominal	15.- consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien 16.- se consume bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales 17.- consumi	Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico o de categorías o cuantificadores lingüísticos. 1.-Total

			<p>sido relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, en cuanto las personas no cuentan con apoyo social eficaz o la percepción que tienen de este apoyo social no les permite emplearlo adecuada y oportunamente.</p>		<p>r bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales 18.- tomar bebidas alcohólicas es malo para la salud</p>	<p>mente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalmente de acuerdo</p>
--	--	--	---	--	---	---

<p>Consumo de alcohol: se define como la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento y como consecuencia del cual se experimentan efectos determinados.</p>	<p>Estándares de consumo: La diferenciación de patrones de consumo y por ende, de bebedores, se basa en la relación del tipo y la cantidad de alcohol ingerido, la frecuencia del consumo y los efectos o consecuencias que se manifiestan en diversos ámbitos.</p>	<p>Frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, se usa para determinar si la persona está bebiendo más del límite sensato y explora el área de lo que podría considerarse consumo excesivo.</p>	<p>a) Ingestas habituales sobre el nivel de intoxicación. Para medir si la persona consume habitualmente sobre el nivel de intoxicación se utiliza un indicador que da cuenta de la cantidad de alcohol que acostumbra a beber una persona</p>	<p>Nominal</p>	<p>1.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? 2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en</p>	<p>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. de 4 o más veces a la semana</p>
---	--	--	--	----------------	---	--

			en un día normal de consumo. (Se considera		una sola ocasión de consumo?	
	Dependencia: es el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol	Posibilidad de que haya dependencia al alcohol.	que se consume sobre el nivel de intoxicación cuando se bebe en una misma oportunidad dos o más litros de cerveza, $\frac{3}{4}$ litro o más de vino o 4 medidas o más de bebidas destiladas.) b) Ingestas puntuales sobre el nivel de	Nominal	4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario

		intoxicación. A diferencia del indicador anterior, las ingestas puntuales están referenciadas, en primer lugar a un período de tiempo concreto (últimos 30 días) en el cuál se mide el consumo sobre los niveles considerados (aunque sea una vez), y en		que se esperaba de usted porque había bebido? 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?		
	Consumo perjudicial	Consumo dañino de	segundo término,	Nominal	7. ¿Con qué	0. Nunca 1. Menos

	<p>: se refiere al que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causado por el alcohol</p>	<p>alcohol, Consumo peligroso el superior a 40 gramos diarios de etanol en los varones y a 20 gramos en las mujeres de acuerdo al reporte de la Organización Mundial de la Salud.</p>	<p>para aquellos que no consumieron alcohol en el último mes se indaga sobre la última oportunidad en que lo hizo siempre que sea en los últimos 12 meses.</p>		<p>frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque</p>	<p>de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario</p>
--	--	---	--	--	--	--

					había estado bebiendo? 9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido? 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo	
--	--	--	--	--	--	--

					o de bebidas alcohólic as o le ha sugerido que deje de beber?	
--	--	--	--	--	---	--

F) LOGÍSTICA

Después que el Comité Local de Investigación aceptó la realización de este proyecto, se acudió al CEPTEA (coordinación estatal de CONALEP) con el oficio proporcionado por la Coordinación Delegacional de Investigación, a fin de solicitar al director estatal la autorización para la elaboración del proyecto, informando previamente el objetivo y las características del mismo.

Asimismo una vez aprobado por el director estatal, se acudió con las autoridades correspondientes del plantel 1 del CONALEP Aguascalientes, con el fin de exponerles la investigación para la autorización del estudio. Ya con la autorización previamente otorgada, se convocó a los padres de familia de la muestra seleccionada a una reunión informativa en dicho plantel, en la cual se les dio a conocer lo que se pretendió con el proyecto de investigación, así como, indicar que la información recabada es confidencial y anónima además de solicitar la autorización para la participación de sus hijos en el estudio y que contarán con la libertad para abandonar el estudio en el momento que así lo consideren.

En cuanto fueron recolectados los consentimientos debidamente requisitados, se comenzó con la realización de los cuestionarios por parte del propio investigador que tuvo una duración aproximada de 15 a 20 minutos, en un horario de lunes a viernes de 7 a 8 AM y de 2 a 4 PM, los cuales se realizaron en las aulas de la institución educativa en presencia del profesor en turno. Se les explico a los alumnos participantes la finalidad de la investigación así como las instrucciones para contestar el cuestionario, además de resolver las dudas que fueron surgiendo durante la aplicación.

Al finalizar todos los cuestionarios, se llevó a cabo el vaciado de información manualmente para realizar la base de datos la cual, fue mediante códigos numerales y así realizar los cálculos necesarios para este proyecto. Posteriormente se realizarán las conclusiones con base en los resultados obtenidos para emitir las propuestas correspondientes.

G) PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó el programa SPSS17 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos; por medio de frecuencias, medidas de tendencia central, gráfico y tablas de contingencia. Los datos que se obtuvieron en el trabajo de campo se capturaron en una base de datos y se almacenaron de forma cotidiana, con un proceso de captura para validar la confiabilidad del proceso.

H) RECURSOS

Los recursos que se utilizaron para la recolección de datos fueron un encuestador; que fue el propio investigador, papel para la impresión de los cuestionarios, lápices, gomas, clips, calculadora y computadora para la recolección de datos los cuales corrieron a cargo del presupuesto del investigador

I) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de este protocolo de estudio se realizó la investigación sin riesgo alguno para la integridad de la persona a la que se le aplicó la entrevista, ya que no se interviene en su personalidad ni en su entorno sociocultural. Todos los datos recolectados en este estudio se mantuvieron en confidencialidad y anonimato, y con la debida firma de consentimiento bajo información así como en la libertad de abandonar el estudio en el momento en el que el entrevistado crea conveniente además de que se plasmaron los objetivos, las ventajas y desventajas que pudiera tener la realización de este trabajo de investigación. Todo lo anterior avalado por el artículo 100 a 102 de la Ley General de la Salud en su título quinto, y la declaración de Helsinki y el Código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas que participan en el estudio.

X.-RESULTADOS

De un universo de trabajo de 314 adolescentes en el CONALEP plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a características sociodemográficas; se encontró que el 57% de los encuestados son del sexo masculino y el 43% del sexo femenino; en cuanto a los rangos de edad, se encontró que 25% corresponden a adolescentes de 15 años, otro 25% a 16 años, un 37% para 17 años y un 13% para la edad de 18 años; en cuanto al semestre se obtuvieron los siguientes resultados: el 43% corresponden al 5to. semestre, el 29.60% al 3er. semestre y el 27.40% corresponden al 1er. semestre.

En lo que se refiere a la cantidad de alcohol consumido para tener amigos y sensaciones nuevas que representa la dimensión de la conducta, se obtiene un predominio en respuesta “totalmente de acuerdo”, con lo que se determina que la percepción es alta en cuanto a la conducta de consumo.

En los conflictos individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol quienes miden la norma subjetiva, se tiene un predominio en respuesta a “de acuerdo” determinando una percepción alta.

En lo que concierne a la actitud negativa hacia el consumo de alcohol se tiene como resultado una alta percepción de riesgo.

Midiendo las consecuencias negativas del consumo de alcohol, que se refiere a la dimensión de creencias conductuales se aprecia un conocimiento alto de la percepción de riesgo.

En la dimensión de la intención que se refiere al consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento y pertenencia, se obtiene como resultado una alta percepción.

En el consumo de alcohol, se determina como resultado de los 314 adolescentes encuestados, que el 57% presentan consumo de alcohol en cualquiera de sus riesgos y el 43 % reporta nunca haber consumido alcohol.

De los indicadores de consumo de alcohol evaluados por el AUDIT el 39% de la población estudiada tiene un consumo de riesgo bajo, el 17% presenta consumo medio y el 1% presentan consumo de riesgo alto, contra el 43% que se reporta que nunca ha consumido alcohol.

La relación que se identificó entre la percepción de riesgo y el consumo de alcohol de los adolescentes de 15 a 18 años del CONALEP platel 1 de la ciudad de Aguascalientes presenta una Chi-cuadrada de Pearson de 0.167 la cual resulta no significativa estadísticamente.

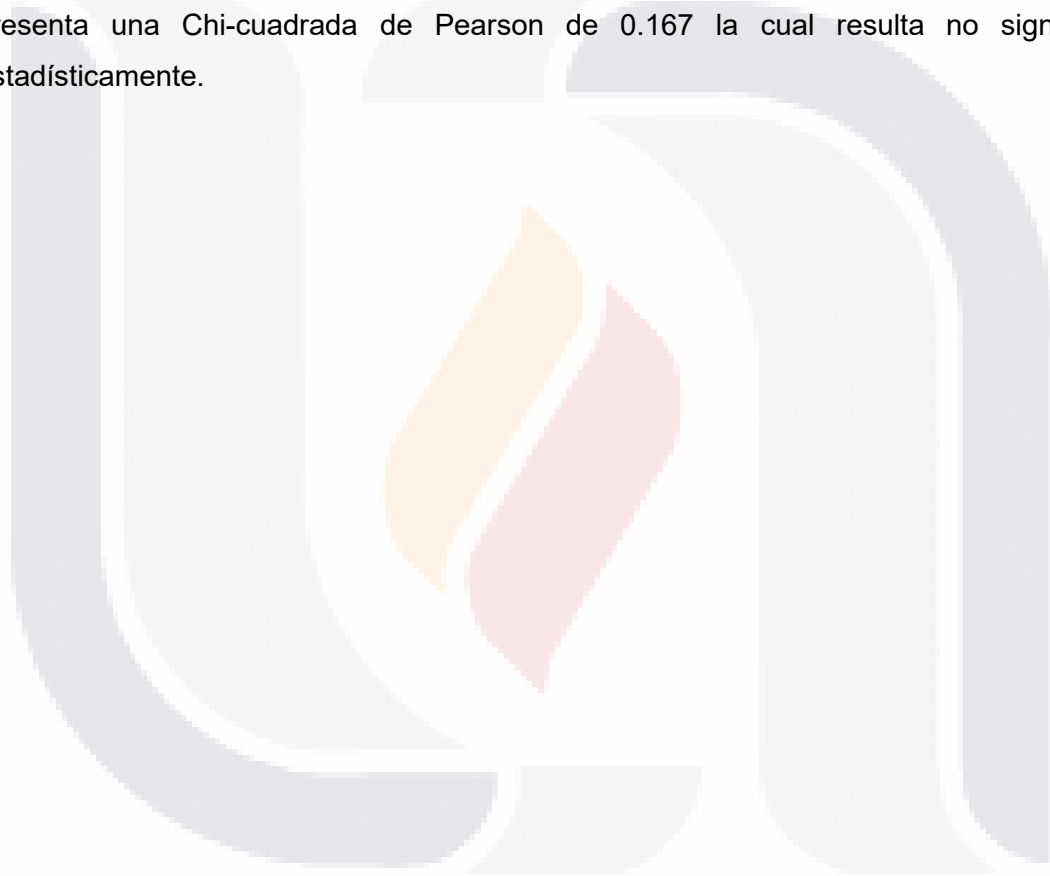


TABLA 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	FEMENINO	135	43.0	43.0	43.0
	MASCULINO	179	57.0	57.0	100.0

Gráfica 1. Género

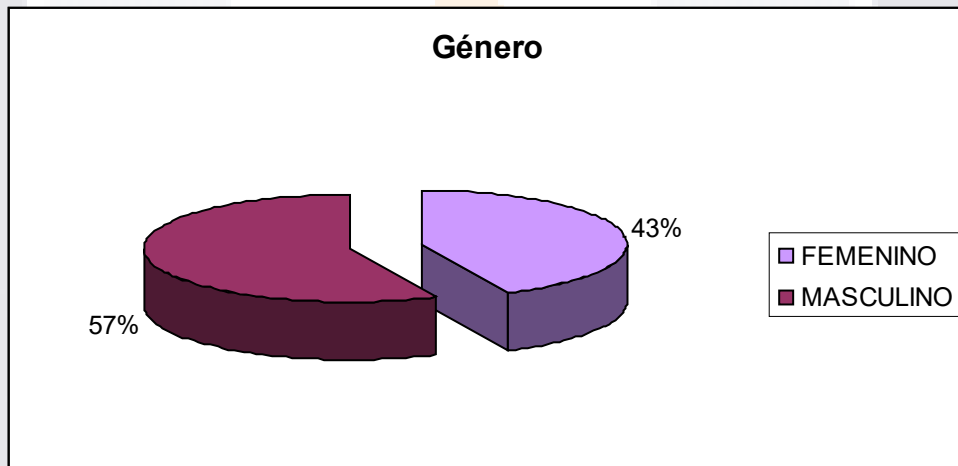


TABLA 2. Edad

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	15	78	24.8	24.8	24.8
	16	80	25.5	25.5	50.3
	17	115	36.6	36.6	86.9
	18	41	13.1	13.1	100.0

Gráfica 2. Edad

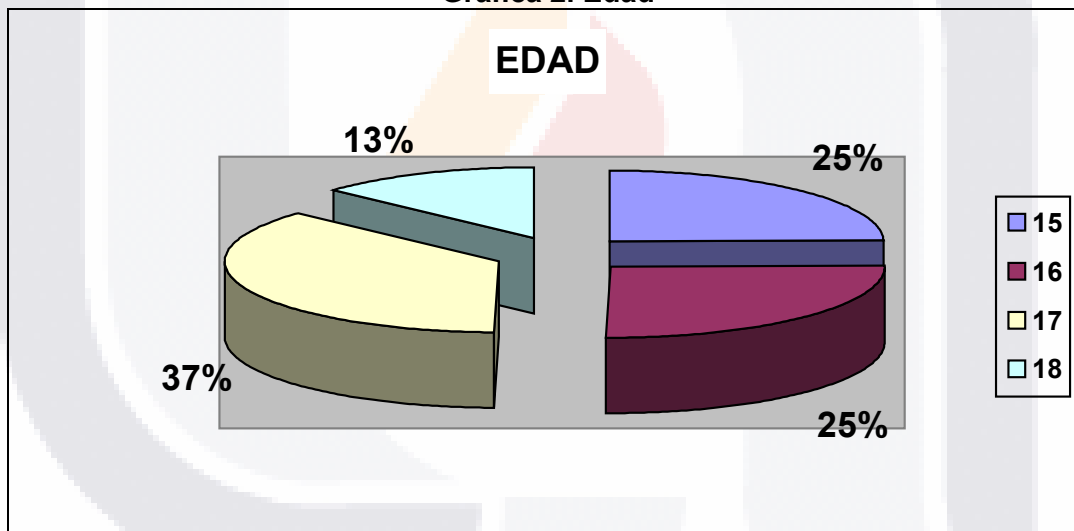


Tabla 3. Distribución por semestre

Semestre				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1er. semestre	86	27.4	27.4	27.4
3er. semestre	93	29.6	29.6	57.0
5to. semestre	135	43.0	43.0	100.0
Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 3. Distribución por semestre

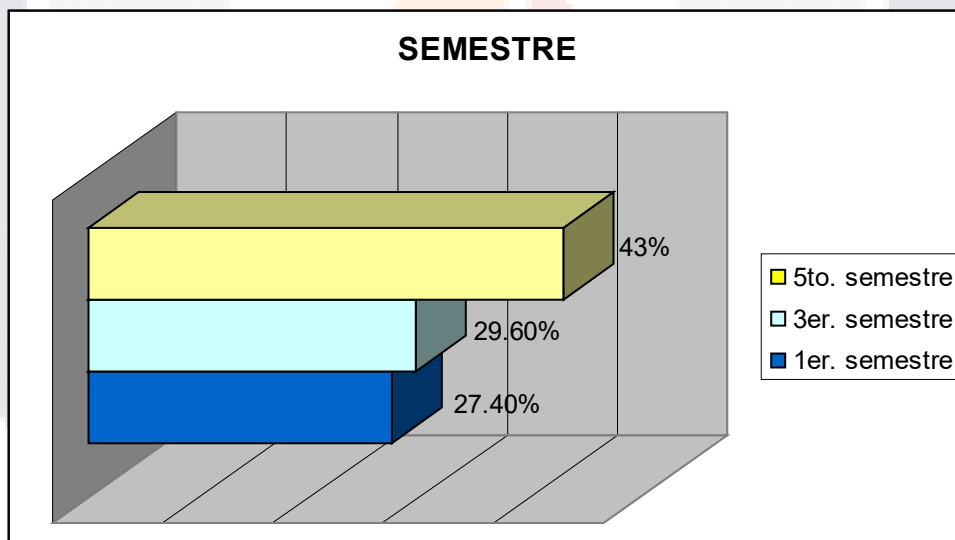


Tabla 4. Se consumen bebidas alcohólicas por diversión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de desacuerdo	61	19.4	19.4	19.4
Desacuerdo	48	15.3	15.3	34.7
Nada de acuerdo	53	16.9	16.9	51.6
De acuerdo	119	37.9	37.9	89.5
Totalmente de acuerdo	33	10.5	10.5	100.0
Total	314	100.0	100.0	

Tabla 5. Normalmente se consume bebidas alcohólicas para olvidar los problemas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente desacuerdo	95	30.3	30.3	30.3
Desacuerdo	46	14.6	14.6	44.9
Nada de acuerdo	75	23.9	23.9	68.8
De acuerdo	74	23.6	23.6	92.4
Totalmente de acuerdo	24	7.6	7.6	100.0
Total	314	100.0	100.0	

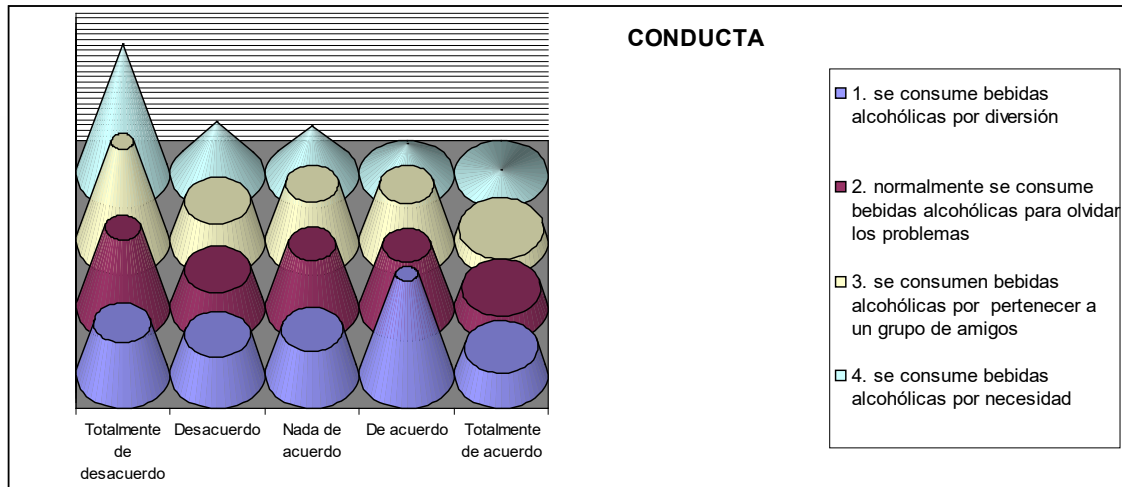
Tabla 6. Se consumen bebidas alcohólicas por pertenecer a un grupo de amigos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	117	37.3	37.3	37.3
	Desacuerdo	48	15.3	15.3	52.5
	Nada de acuerdo	68	21.7	21.7	74.2
	De acuerdo	66	21.0	21.0	95.2
	Totalmente de acuerdo	15	4.8	4.8	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 7. Se consume bebidas alcohólicas por necesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	153	48.7	48.7	48.7
	Desacuerdo	62	19.7	19.7	68.5
	Nada de acuerdo	57	18.2	18.2	86.6
	De acuerdo	37	11.8	11.8	98.4
	Totalmente de acuerdo	5	1.6	1.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 4. Conducta: cantidad de alcohol consumido para tener amigos y sensaciones nuevas



NORMA SUBJETIVA: conflictos individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol

Tabla 8. El consumo de bebidas alcohólicas genera problemas en los estudios

5. el consumo de bebidas alcohólicas genera problemas en los estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	28	8.9	8.9	8.9
	Desacuerdo	32	10.2	10.2	19.1
	Nada de acuerdo	26	8.3	8.3	27.4
	De acuerdo	121	38.5	38.5	65.9
	Totalmente de acuerdo	107	34.1	34.1	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 9. Por consumir bebidas alcohólicas hay inasistencia en clases

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	45	14.3	14.3	14.3
	Desacuerdo	34	10.8	10.8	25.2
	Nada de acuerdo	32	10.2	10.2	35.4
	De acuerdo	132	42.0	42.0	77.4
	Totalmente de acuerdo	71	22.6	22.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

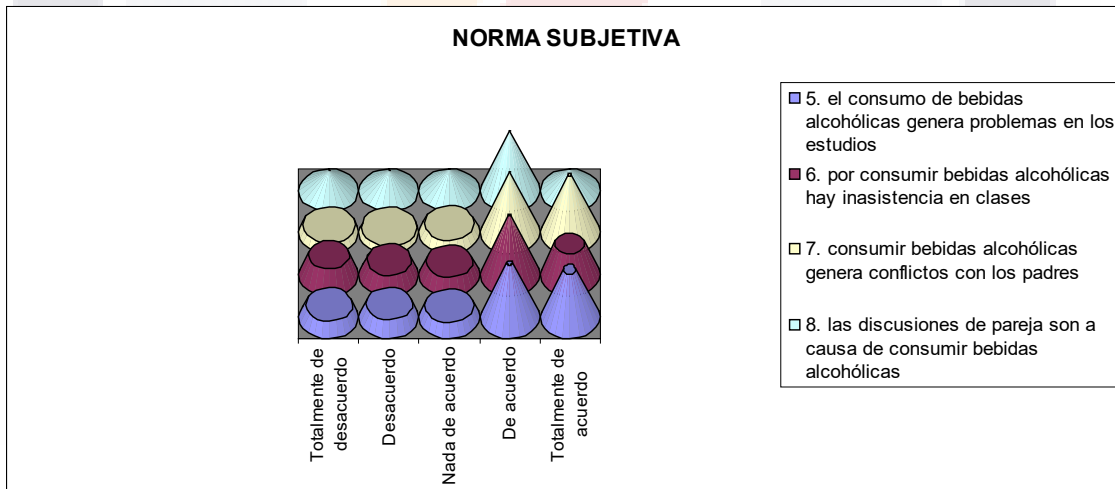
Tabla 10. Consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	17	5.4	5.4	5.4
	Desacuerdo	13	4.1	4.1	9.6
	Nada de acuerdo	21	6.7	6.7	16.2
	De acuerdo	136	43.3	43.3	59.6
	Totalmente de acuerdo	127	40.4	40.4	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 11. Las discusiones de pareja son a causa de consumir bebidas alcohólicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	45	14.3	14.3	14.3
	Desacuerdo	43	13.7	13.7	28.0
	Nada de acuerdo	47	15.0	15.0	43.0
	De acuerdo	131	41.7	41.7	84.7
	Totalmente de acuerdo	48	15.3	15.3	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 5. Norma subjetiva: conflictos individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol



ACTITUD: disposición negativa hacia el consumo de alcohol

Tabla 12. Se consumen bebidas alcohólicas para tener problemas de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	108	34.4	34.4	34.4
	Desacuerdo	68	21.7	21.7	56.1
	Nada de acuerdo	56	17.8	17.8	73.9
	De acuerdo	41	13.1	13.1	86.9
	Totalmente de acuerdo	41	13.1	13.1	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

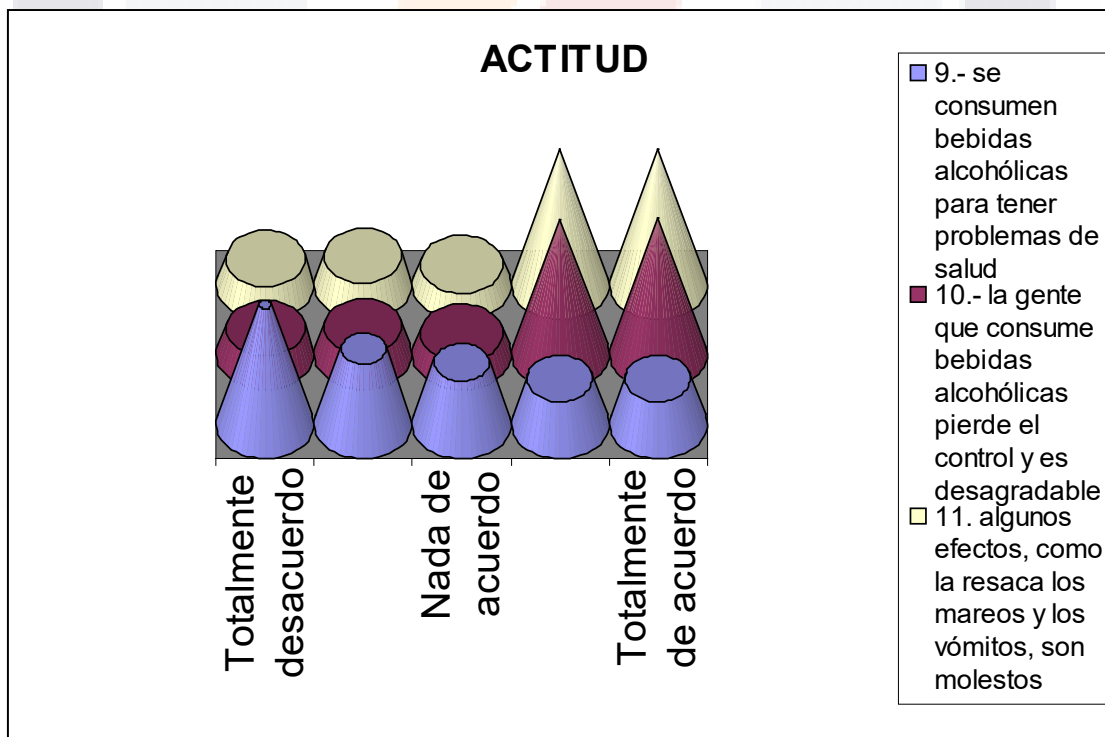
Tabla 13. La gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	24	7.6	7.6	7.6
	Desacuerdo	26	8.3	8.3	15.9
	Nada de acuerdo	19	6.1	6.1	22.0
	De acuerdo	122	38.9	38.9	60.8
	Totalmente de acuerdo	123	39.2	39.2	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 14. Algunos efectos, como la resaca los mareos y los vómitos, son molestos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	13	4.1	4.1	4.1
	Desacuerdo	10	3.2	3.2	7.3
	Nada de acuerdo	8	2.5	2.5	9.9
	De acuerdo	126	40.1	40.1	50.0
	Totalmente de acuerdo	157	50.0	50.0	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 6. Actitud: disposición negativa hacia el consumo de alcohol



CREENCIAS CONDUCTUALES: consecuencias negativas del consumo de alcohol

Tabla 15. El consumo de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	22	7.0	7.0	7.0
	Desacuerdo	15	4.8	4.8	11.8
	Nada de acuerdo	29	9.2	9.2	21.0
	De acuerdo	129	41.1	41.1	62.1
	Totalmente de acuerdo	119	37.9	37.9	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

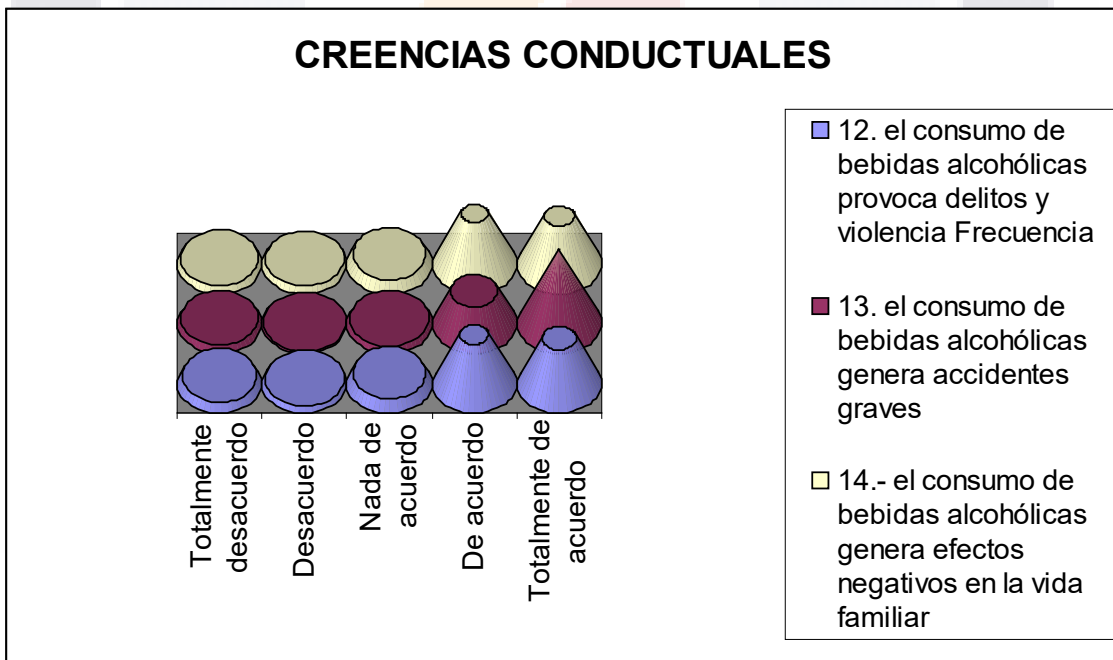
Tabla 16. El consumo de bebidas alcohólicas genera accidentes graves

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	16	5.1	5.1	5.1
	Desacuerdo	5	1.6	1.6	6.7
	Nada de acuerdo	14	4.5	4.5	11.1
	De acuerdo	86	27.4	27.4	38.5
	Totalmente de acuerdo	193	61.5	61.5	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 17. El consumo de bebidas alcohólicas genera efectos negativos en la vida familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	16	5.1	5.1	5.1
	Desacuerdo	14	4.5	4.5	9.6
	Nada de acuerdo	27	8.6	8.6	18.2
	De acuerdo	132	42.0	42.0	60.2
	Totalmente de acuerdo	125	39.8	39.8	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 7. Creencias conductuales: consecuencias negativas del consumo de alcohol



INTENCION: consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento y pertenencia

Tabla 18. Consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	104	33.1	33.1	33.1
	Desacuerdo	63	20.1	20.1	53.2
	Nada de acuerdo	63	20.1	20.1	73.2
	De acuerdo	63	20.1	20.1	93.3
	Totalmente de acuerdo	21	6.7	6.7	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 19. Se consume bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	122	38.9	38.9	38.9
	Desacuerdo	72	22.9	22.9	61.8
	Nada de acuerdo	72	22.9	22.9	84.7
	De acuerdo	39	12.4	12.4	97.1
	Totalmente de acuerdo	9	2.9	2.9	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

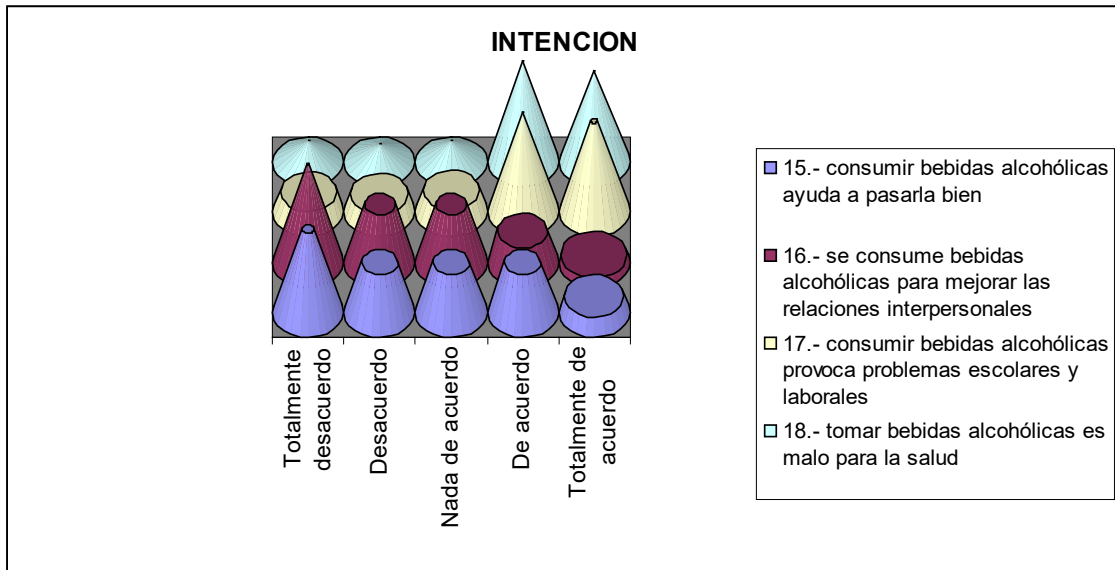
Tabla 20. Consumir bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	26	8.3	8.3	8.3
	Desacuerdo	23	7.3	7.3	15.6
	Nada de acuerdo	27	8.6	8.6	24.2
	De acuerdo	125	39.8	39.8	64.0
	Totalmente de acuerdo	113	36.0	36.0	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 21. Tomar bebidas alcohólicas es malo para la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente desacuerdo	18	5.7	5.7	5.7
	Desacuerdo	7	2.2	2.2	8.0
	Nada de acuerdo	12	3.8	3.8	11.8
	De acuerdo	61	19.4	19.4	31.2
	Totalmente de acuerdo	216	68.8	68.8	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 8. Intención: consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento y pertenencia



EVALUACION DEL AUDIT

Tabla 22. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	136	43.3	43.3	43.3
	Una o menos veces al mes	121	38.5	38.5	81.8
	De 2 a 4 veces al mes	48	15.3	15.3	97.1
	De 2 a 3 veces a la semana	6	1.9	1.9	99.0
	Cuatro o más veces a la semana	3	1.0	1.0	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 23. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 o 2	238	75.8	75.8	75.8
	3 o 4	40	12.7	12.7	88.5
	5 o 6	25	8.0	8.0	96.5
	7 a 9	5	1.6	1.6	98.1
	10 o más	6	1.9	1.9	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 24. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	225	71.7	71.7	71.7
	Menos de una vez al mes	57	18.2	18.2	89.8
	Mensualmente	27	8.6	8.6	98.4
	Semanalmente	5	1.6	1.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 25. ¿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	Nunca	263	83.8	83.8	83.8
	Menos de una vez al mes	38	12.1	12.1	95.9
	Mensualmente	9	2.9	2.9	98.7
	Semanalmente	1	.3	.3	99.0
	A diario o casi diario	3	1.0	1.0	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 26. ¿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	Nunca	282	89.8	89.8	89.8
	Menos de una vez al mes	26	8.3	8.3	98.1
	Mensualmente	6	1.9	1.9	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 27. ¿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	Nunca	287	91.4	91.4	91.4
	Menos de una vez al mes	20	6.4	6.4	97.8
	Mensualmente	7	2.2	2.2	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 28. ¿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	Nunca	263	83.8	83.8	83.8
	Menos de una vez al mes	41	13.1	13.1	96.8
	Mensualmente	5	1.6	1.6	98.4
	Semanalmente	3	1.0	1.0	99.4
	A diario o casi diario	2	.6	.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 29. ¿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	Nunca	273	86.9	86.9	86.9
	Menos de una vez al mes	32	10.2	10.2	97.1
	Mensualmente	7	2.2	2.2	99.4
	A diario o casi diario	2	.6	.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 30. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	298	94.9	94.9	94.9
	Sí, pero no en el curso del último año	8	2.5	2.5	97.5
	Sí, el último año	8	2.5	2.5	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 31. ¿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	No	259	82.5	82.5	82.5
	Sí, pero no en el curso del último año	19	6.1	6.1	88.5
	Sí, el último año	36	11.5	11.5	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Tabla 32. Consumo de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No consumen	136	43.3	43.3	43.3
	Consumen	178	56.7	56.7	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 9. Consumo de alcohol

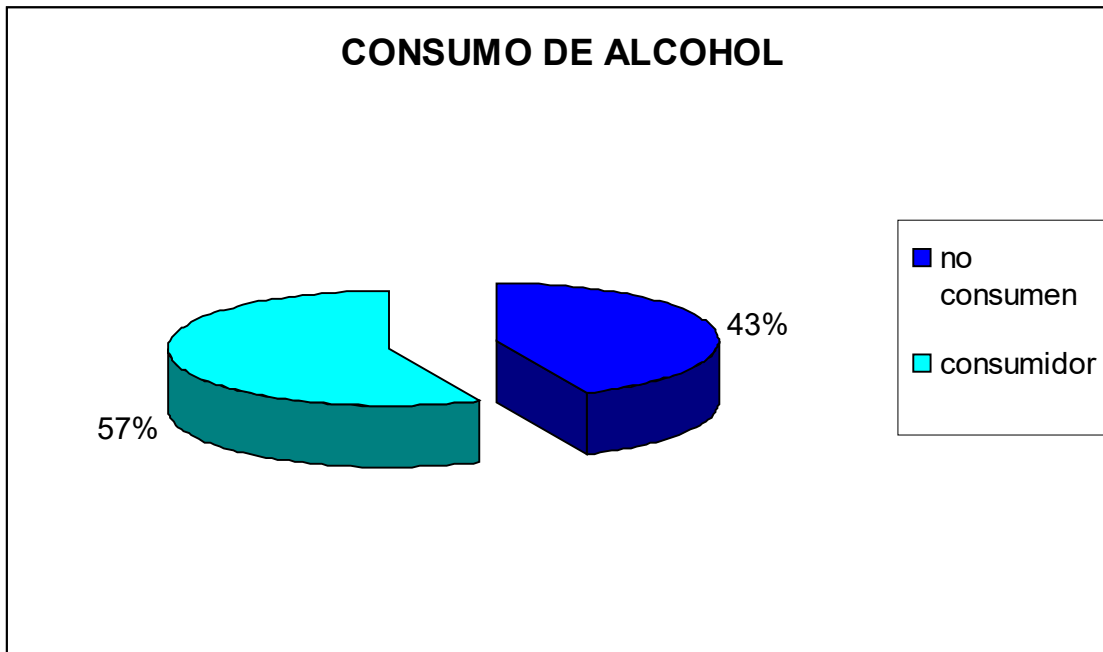


Tabla 33. Consumo de alcohol por riesgos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no consumen	136	43.3	43.3	43.3
	riesgo bajo	122	38.9	38.9	82.2
	riesgo medio	52	16.6	16.6	98.7
	riesgo alto	4	1.3	1.3	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

Gráfica 10. Consumo de alcohol por sexos

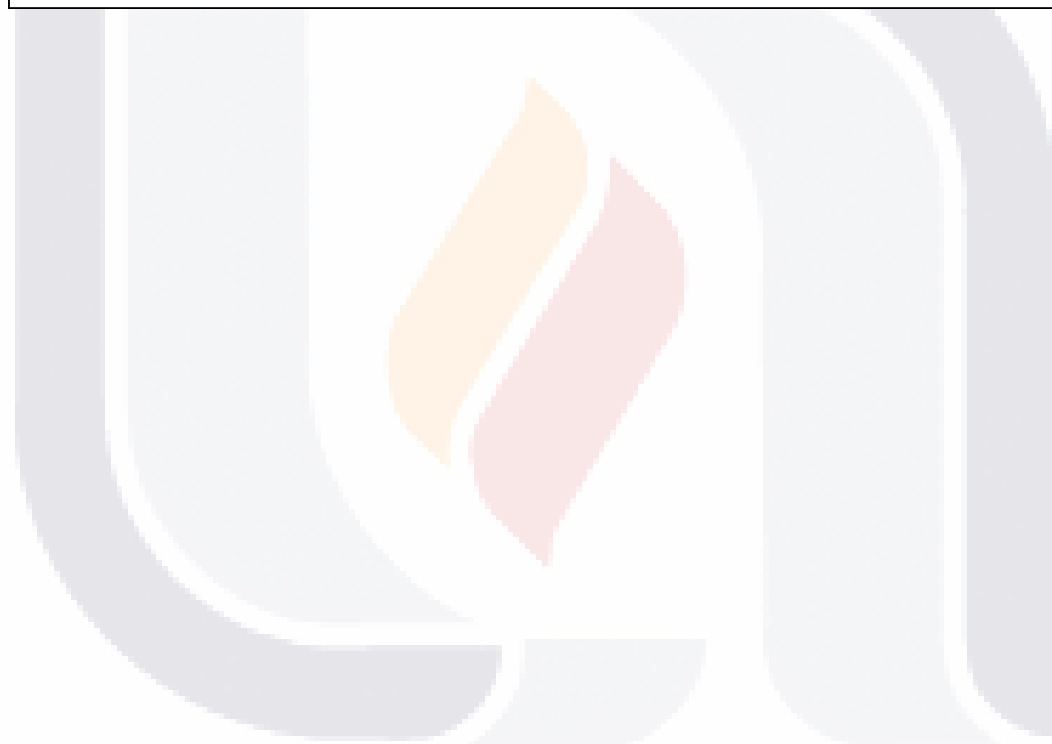
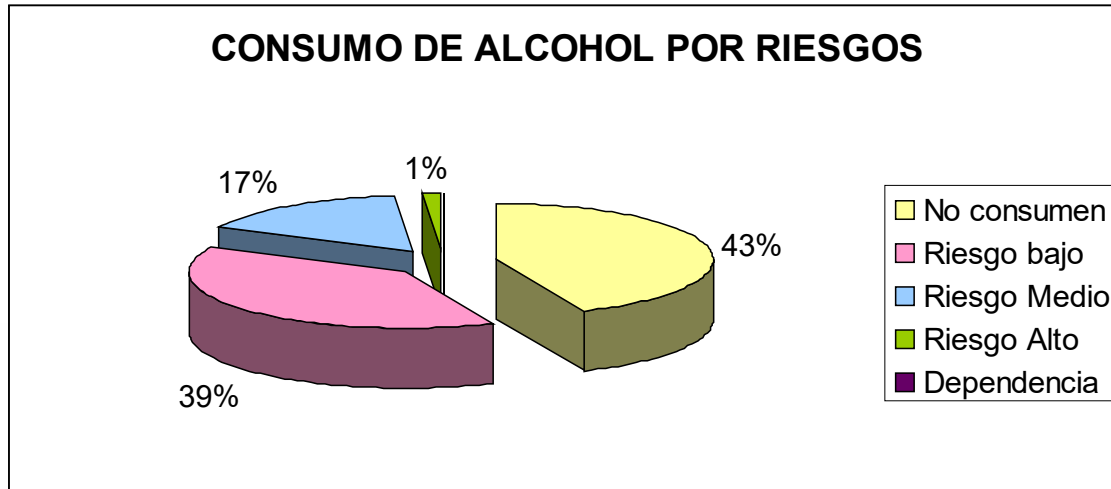


Tabla 34. Coeficiente chi-cuadrado de Pearson

	SIGNIFICANCIA
1. se consume bebidas alcohólicas por diversión	0.133
2. normalmente se consume bebidas alcohólicas para olvidar los problemas	0.445
3. se consume bebidas alcohólicas por pertenecer a un grupo de amigos	0.003
4.- se consumen bebidas alcohólicas por necesidad	0.009
5. el consumo de bebidas alcohólicas genera problemas en los estudios	0.148
6. por consumir bebidas alcohólicas hay inasistencia en clases	0.051
7. consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres	0.019
8. las discusiones de pareja son a causa de consumir bebidas alcohólicas	0.721
9.- se consumen bebidas alcohólicas para tener problemas de salud	0.196
10.- la gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable	0.068
11. algunos efectos, como la resaca los mareos y los vómitos, son molestos	0.106
12. el consumo de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia	0.015
13. el consumo de bebidas alcohólicas genera accidentes graves	0.391
14.- el consumo de bebidas alcohólicas genera efectos negativos en la vida familiar	0.003
15.- consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien	0.069
16.- se consume bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales	0.163
17.- consumir bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales	0.041
18.- tomar bebidas alcohólicas es malo para la salud	0.429
puntaje global	0.167

XI. DISCUSIÓN

En relación a nuestro objetivo general, el cual fue identificar la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de alcohol de los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del CONALEP de la ciudad de Aguascalientes, en el presente estudio y mediante la determinación de la Chi-cuadrada de Pearson, no se aprecian valores de relación estadísticamente significativos entre el consumo de alcohol y la percepción de riesgo.

Estos resultados, en cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol, no concuerdan con los reportados en la encuesta nacional de adicciones, pues en ella se reporta una prevalencia del 43.9% mientras que en nuestros encuestados se obtiene como resultado 57%.

Comparando nuestro resultados con los obtenidos en los estudios de Moral Jiménez et col en el 2009 y de Uribe I, Lucero J, y Zacarías X. en el 2010 donde reportan que existe un alto consumo de alcohol y una baja percepción de riesgo y un mayor consumo de sustancias adictivas correlacionada con la percepción de menor peligrosidad de riesgo respectivamente, siendo diferentes a los obtenidos en nuestro estudio los cuales reportan que existe un alto consumo de alcohol y una alta percepción de riesgo.

En cambio con los resultados obtenidos en el estudio de Obando y Sáenz en el 2000 donde reportan un consumo de alcohol relativamente alto y una percepción de riesgo alta, tal como lo encontramos en nuestro estudio con la diferencia de los grupos etáreos, pues el nuestro se encuentra basado en adolescentes de 15 a 18 años y el otro en escolares de 5to. y 6to. de primaria.

XII. CONCLUSIONES

El predominio del género en este estudio fue el sexo masculino con un porcentaje del 57% contra un 43% del femenino

En lo que se refiere a la determinación de la percepción de riesgo en la medición de sus dimensiones de conducta, norma subjetiva, actitud, creencias conductuales e intención; se concluyó que los participantes cuentan con una alta percepción de riesgo en todas las dimensiones.

Determinando el consumo de alcohol se tiene como resultado que 57% de la población presentan consumo de alcohol en cualquiera de sus riesgos; y de los consumidores se tiene una mayor prevalencia en el consumo de riesgo bajo.

En la identificación de la relación entre percepción de riesgo y consumo de alcohol no existe una relación estadísticamente significativa.

XIII. RECOMENDACIONES

El abuso de alcohol constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, este fenómeno afecta sin distinción de género, iniciando principalmente en niños y adolescentes. Además de presentar un enorme costo social sin dejar de mencionar el daño que provoca a las personas, a sus familiares y a la sociedad en general.

Es indispensable crear estrategias de afrontamiento para la persona que presenta algún grado de consumo de alcohol, haciendo hincapié en los grupos vulnerables recordando que la edad de inicio de consumo de alcohol cada vez se presenta a edades más tempranas.

Para plantear el uso y consumo de alcohol como un problema de gran magnitud resulta necesario estudiarlo y generar alternativas para poder enfrentarlo, evitando así su propagación. De hecho el alto costo de tratamiento y la escasez de programas acordes con el incremento de la demanda, han estimulado el interés por la prevención primaria.

Es recomendable iniciar un programa exclusivo de prevención y tratamiento del consumo de alcohol, donde se cuente con apoyo psicológico en donde se brinden estrategias de afrontamiento del consumo de alcohol además de brindar atención especializada a aquellos que sufran de alteraciones emocionales o de la personalidad, por mencionar algunas. Aunado en la atención de este programa se cuente con un médico familiar con entrenamiento en adicciones para poder establecer tratamientos específicos y exitosos para la reducción del consumo de alcohol sin que llegase a afectar alguna comorbilidad presente.

Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna sino para desarrollar intervenciones enfocadas en la prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. WWW.INEGI.ORG.MX
2. www.ceptea.edu.mx boulevard Adolfo López Mateos núm. 402 Aguascalientes, Ags. coordinación estatal de ceptea.
3. Pascual F., Percepción del alcohol entre los jóvenes. Adicciones. 2002;14 supl 1: 123-131
4. Encuesta Nacional de Adicciones 2008
5. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 Resultados por Entidad Federativa: Aguascalientes
6. Montoya A, Pillon S. Percepción de las estudiantes de enfermería sobre los predictores del uso de drogas. Revista latino-americana Enfermagem. 2008; 16
7. Organización de las Naciones Unidas, UNADC: World Drug Report 2012 <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>
8. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
9. Guía clínica de adicciones, prevención detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud 2009
10. www.imss.com.mx
11. Trujillo A, Santacara M, Pérez A, Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 179-188
12. Solano O, Saenz R, Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 127- 136
13. Kumate J., percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. Programas preventivos centrados en factores de riesgo CIJ. 2010; 6-11

14. JJ López-Ibor Aliño, M Valdés Miyar., (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV 1ra edición. Barcelona: Masson.
15. Risk Perceptions and Alcohol Consumption among Young People Journal of Risk and Uncertainty; 25,(2) 2002:165-183,
16. Valdez J. El consumo de alcohol en estudiantes del distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo. Tesis grado licenciatura. México, D.F. 2005
17. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 43-61
18. Garcia A, Portella E, Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España Adicciones. 2002; 14(supl 1): 141-153
19. Moral Jiménez et col. Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. Salud Mental. 2009 ;32(2): 125- 138
20. Uribe I, Verdugo L, Zacarias X. Relationship between risky perception and drug consumption in high-school students. Psicología y Salud. Enero –junio 2011; 21(1): 47-55.
21. Yubero S, Larrañaga E, Navarro R, Serna C, Martínez I. La percepción del consumo de alcohol: el análisis de los sesgos atributivos como orientación para la intervención social con jóvenes. Boletín Informativo de trabajo social. Sep 2005; (8)
22. Zuñiga A, Bouzas A. Consumo de alcohol en adolescentes: percepción de consecuencias positivas y negativas. Revista Mexicana de Psicología. Junio 2006; 23(1): 97-110
23. Carpi A, Brea A, Palmero F, La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. Anales de Psicología. 2005; 21(1): 84-91

24. Reyes L, La teoría de la acción razonada implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad Pedagógica de Durango. 2007 ;7 : 66-77
25. Psicología del desarrollo , infancia y adolescencia, avid R. Shaffer 5ta ed. año 2000 editorial Thomson Learning
26. Pastor P., Imagen social de las bebidas alcohólica. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 115-122
27. Pares A, Caballeria J. Patología orgánica. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 155-193
28. García M, Patología familiar y violencia doméstica. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 221-238
29. Plascencia, A. Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 279-290
30. Montero S., Casado P., Cruz C., papel del test audit alcohol use disorders (Identification test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en atención primaria. MEDIFAM.2001; Octubre-Noviembre 2001; 11(9): 553-557.

ANEXO A.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	ene	feb	mzo	Abr	may	jun	jul	Ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb
Elección del tema	x													
Acopio de bibliografía	x	x	x	X	X	x								
Revisión de literatura		x	x	X	X	x								
Diseño del protocolo					X	x								
Planteamiento del problema					X	x								
Antecedentes						x	x							
Justificación						x								
Introducción							x							
Revisión del protocolo							x	X	x					
Registro del protocolo										x	X			
Aprobación de protocolo												x		
Acopio de información										x	x	x		
Captura y tabulación de datos												x	x	
Análisis de resultados													x	
Autorización														x
Elaboración de tesis														x

ANEXO B.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABILIDAD	ÍNDICES	TIPO DE VARIABLE	ITEMS/PREGUNTAS	ESCALA
Percepción de riesgo: capacidad del individuo de identificar los riesgos y consecuencias del consumo de sustancias	Conducta: respuesta manifiesta y observable que realiza una persona en una situación con objeto de conseguir un objetivo determinado.	Cantidad de alcohol consumido para tener amigos y sensaciones nuevas	Las habilidades de autocontrol, que incluyen cualquier conducta controlada exclusivamente por variables (físicas, sociales o cognitivas) sobre las que el individuo puede actuar y con las cuales puede alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias en algún momento podrían resultar aversivas para sí mismo. Lo anterior implica que, además, la persona tiene la capacidad	Nominal con escala de likert	1. se consume bebidas alcohólicas por diversión 2. normalmente se consume bebidas alcohólicas para olvidar los problemas 3. se consumen bebidas alcohólicas por pertenecer a un grupo de amigos 4. se consume bebidas alcohólicas por necesidad	Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos. 1.-Totalmente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalmente de acuerdo

			<p>para controlar su comportamiento por consecuencias a largo plazo y realiza esfuerzos para no comportarse exclusivamente por reforzadores inmediatos y placenteros. Un individuo con autocontrol atribuye su comportamiento principalmente a factores internos y considera que éste es modificable y variable en el tiempo. En la medida que el bajo autocontrol se relaciona con la búsqueda de sensaciones placenteras y la realización de poco esfuerzo personal, se ha sido identificado como factor de riesgo</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			para el consumo de sustancias psicoactivas.			
	<p>Norma subjetiva Reflejan las creencias personales sobre lo que los otros significativos piensan acerca de si la persona debería o no llevar a cabo la conducta. Los otros significativos son sujetos o grupos cuyas opiniones sobre la conducta de la persona en ese dominio son importantes para él o para ella. En este sentido, las Normas Subjetivas medirían la presión social que los individuos perciben en relación con llevar o no llevar a cabo la conducta en función de las opiniones de los referentes</p>	<p>Conflictos individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol</p>	<p>Los comportamientos perturbadores, que a menudo son socialmente molestos para los demás. Se caracterizan por la indisciplina, la impulsividad, la agresividad y la rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales y a vincularse con pandillas. Sugieren la predisposición hacia la inconformidad y el desafío de figuras de autoridad, oposición generalizada, presencia de comportamientos delictivos, ilícitos, antisociales y</p>	<p>Nominal con escala de likert</p>	<p>5. el consumo de bebidas alcohólicas genera problemas en los estudios 6. por consumir bebidas alcohólicas hay inasistencia en clases 7. consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres 8. las discusiones de pareja son a causa de consumir bebidas alcohólicas</p>	<p>Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos.</p> <p>1.-Totalmente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalmente de acuerdo</p>

	importantes		sancionables			
	<p>Actitud disposición aprendida a responder de manera consistente favorable o desfavorablemente, con respecto a un objeto dado.</p>	<p>Actitud negativa hacia el consumo de alcohol</p>	<p>Las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, que son aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que se utilizan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.</p>	Nominal	<p>9.- se consumen bebidas alcohólicas para tener problemas de salud</p> <p>10.- la gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable</p> <p>11. algunos efectos, como la resaca los mareos y los vómitos, son molestos</p>	<p>Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificador es lingüísticos.</p> <p>1.-Totalmente de acuerdo</p> <p>2.- desacuerdo</p> <p>3.- nada de acuerdo</p> <p>4.- de acuerdo</p> <p>5 totalmente de acuerdo</p>
	<p>Creencias Conductuales, como antecedentes de la Actitud, se definen como la probabilidad subjetiva de que la conducta produzca un resultado determinado. De este modo,</p>	<p>Consecuencias negativas del consumo de alcohol</p>	<p>Los preconceptos y la valoración de las sustancias psicoactivas comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo de dichas sustancias,</p>	Nominal	<p>12. el consumo de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia</p> <p>13. el consumo de bebidas alcohólicas genera accidentes graves</p> <p>14.- el</p>	<p>Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificador es lingüísticos.</p>

	<p>si la persona percibe que el resultado de la realización de la conducta es positivo tendrá una Actitud positiva para llevarla a cabo. Lo opuesto puede ocurrir si se esperan resultados negativos.</p>		<p>así como la percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos, por lo que pueden estar en un continuo entre «benévolo» y «condenatorio» .</p>		<p>consumo de bebidas alcohólicas genera efectos negativos en la vida familiar</p>	<p>1.-Totalmente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalmente de acuerdo</p>
	<p>Intención: representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta dada y se considera el antecedente inmediato de la conducta.</p>	<p>Consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento y pertenencia</p>	<p>Las relaciones interpersonales, que incluyen la cantidad y el grado de satisfacción con las mismas. La insatisfacción con las relaciones interpersonales ha sido relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas , en cuanto las personas no cuentan con apoyo social eficaz o la</p>	<p>Nominal</p>	<p>15.- consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien 16.- se consume bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales 17.- consumir bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales 18.- tomar</p>	<p>Se utiliza una escala de likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificador es lingüísticos. 1.-Totalmente de acuerdo 2.- desacuerdo 3.- nada de acuerdo 4.- de acuerdo 5 totalmente</p>

			percepción que tienen de este apoyo social no les permite emplearlo adecuada y oportunamente.		bebidas alcohólicas es malo para la salud	de acuerdo
<p>Consumo de alcohol: se define como la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento y como consecuencia del cual se experimentan efectos determinados.</p>	<p>Estándares de consumo:</p> <p>La diferenciación de patrones de consumo y por ende, de bebedores, se basa en la relación del tipo y la cantidad de alcohol ingerido, la frecuencia del consumo y los efectos o consecuencias que se manifiestan en diversos ámbitos.</p>	<p>Frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, se usa para determinar si la persona está bebiendo más del límite sensato y explora el área de lo que podría considerarse consumo excesivo.</p>	<p>a) Ingestas habituales sobre el nivel de intoxicación. Para medir si la persona consume habitualmente sobre el nivel de intoxicación se utiliza un indicador que da cuenta de la cantidad de alcohol que acostumbra a beber una persona en un día normal de consumo. (Se considera que se consume sobre el nivel de intoxicación cuando se bebe en una misma oportunidad dos o más</p>	Nominal	<p>1.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?</p>	<p>0. Nunca</p> <p>1. Una o menos veces al mes</p> <p>2. de 2 a 4 veces al mes</p> <p>3. de 2 a 3 veces a la semana</p> <p>4. de 4 o más veces a la semana</p>
	<p>Dependencia:</p> <p>es el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que</p>	<p>Posibilidad de que haya dependencia al alcohol.</p>	<p>intoxicación cuando se bebe en una misma oportunidad dos o más</p>		Nominal	<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido</p>

	<p>pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol</p>		<p>litros de cerveza, $\frac{3}{4}$ litro o más de vino o 4 medidas o más de bebidas destiladas.) b) Ingestas puntuales sobre el nivel de intoxicación. A diferencia del indicador anterior, las ingestas puntuales están referenciadas , en primer lugar a un período de tiempo concreto (últimos 30 días) en el cuál se mide el consumo sobre los niveles considerados (aunque sea una vez), y en segundo término, para</p>		<p>incapaz de parar de beber una vez había empezado? 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? 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?</p>	<p>e 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario</p>
	<p>Consumo perjudicial: se refiere al que conlleva consecuencias para la salud física y mental , aunque algunos</p>	<p>Consumo dañino de alcohol, Consumo peligroso el superior a 40 gramos diarios de etanol en los varones y a 20 gramos en las</p>	<p>aquellos que no consumieron alcohol en el último mes se indaga sobre la última oportunidad en que lo</p>	<p>Nominal</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente e 3. Semanalmente</p>

	<p>también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causado por el alcohol</p>	<p>mujeres de acuerdo al reporte de la Organización Mundial de la Salud.</p>	<p>hizo siempre que sea en los últimos 12 meses.</p>	<p>sentimiento s de culpa después de haber bebido? 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? 9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido? 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?</p>	<p>te 4. A diario o casi a diario</p>
--	---	--	--	---	--

ANEXO C.- INSTRUMENTOS



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Universidad Autónoma de Aguascalientes
 Especialidad en Medicina familiar



Buen día, se está realizando un estudio para conocer la **Percepción de riesgo relacionado al consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 18 años**, por lo que se está llevando a cabo este cuestionario, el cual es completamente anónimo y los datos obtenidos son confidenciales , siéntase en libertad de responder lo que usted considere. Por su colaboración, Muchas gracias.

INSTRUCCIONES: *emplee un lápiz para contestar el cuestionario. No hay respuesta correcta o incorrecta, elija la que mejor describa lo que usted piensa. Solamente una opción.*

Hombre_____	Mujer_____	Edad_____	Semestre_____
-------------	------------	-----------	---------------

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Nada de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. se consume bebidas alcohólicas por diversión					
2. normalmente se consume bebidas alcohólicas para olvidar los problemas					
3. se consume bebidas alcohólicas por pertenecer a un grupo de amigos					
4.- se consumen bebidas alcohólicas por necesidad					
5. el consumo de bebidas					

alcohólicas genera problemas en los estudios					
6. por consumir bebidas alcohólicas hay inasistencia en clases					
7. consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres					
8. las discusiones de pareja son a causa de consumir bebidas alcohólicas					
9.- se consumen bebidas alcohólicas para tener problemas de salud					
10.- la gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable					
11. algunos efectos, como la resaca los mareos y los vómitos, son molestos					
12. el consumo de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia					
13. el consumo de bebidas alcohólicas genera accidentes graves					
14.- el consumo de bebidas alcohólicas genera efectos negativos en la vida familiar					
15.- consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien					
16.- se consume bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales					
17.- consumir bebidas					

alcohólicas provoca problemas escolares y laborales					
18.- tomar bebidas alcohólicas es malo para la salud					

AUDIT.

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol

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

ANEXO D.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(NIÑOS)

Nombre del estudio: "relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol de los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del CONALEP de la ciudad de Aguascalientes"

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags. A..... de Del 2012

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

Justificación y objetivo del estudio: el objetivo de la investigación es identificar la percepción de riesgo de los adolescentes de 15 a 18 años relacionada a consumo de alcohol del CONALEP plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de respuesta múltiple guardado confidencialidad y anonimato

Posibles

riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener mediante la entrevista la percepción de riesgo de los adolescentes de 15 a 18 años relacionada a consumo de alcohol del conalep plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Beneficios al término del estudio: conocer, identificar y describir la percepción de riesgo de los adolescentes de 15 a 18 años relacionada a consumo de alcohol del conalep plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Diana Carolina Campos Sánchez, Jefatura Clínica Turno Vespertino UMF # 11 DOMICILIO: Mariano hidalgo colonia Infonavit Morelos

TELÉFONO: 510 97 74 272 ext 31781 CORREO: dianoflas81@hotmail.com

Tesista: Edith Saucedo Rojas. LUGAR DE TRABAJO: Hospital General Zona 1. ADSCRIPCIÓN: UMF 1 IMSS Aguascalientes. DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. TELÉFONO DEL TRABAJO: 491291600 CORREO ELECTRÓNICO: saroedith@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal

Testigo 1

Dra. Edith Saucedo Rojas
Tesista

Testigo 2

Clave: 2810-009-013