

RAE

- 1. TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de Grado para optar por el título de PSICÓLOGOS.
- 2. TÍTULO:** Consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.
- 3. AUTOR:** Merfi Raquel Montaña Sinisterra, Andrea Morales Guarín y Manuel Andrés Gómez Millán.
- 4. LUGAR:** Bogotá.
- 5. FECHA:** Mayo de 2011
- 6. PALABRAS CLAVE:** Alcohol, consumo.
- 7. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** Se describe el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá mediante la aplicación del AUDIT adaptación Colombiana (Vera y Gantiva 2010) y se discute con investigaciones y estadísticas anteriores a nivel nacional, mundial y la teoría del aprendizaje social de Bandura.
- 8. LINEA DE INVESTIGACIÓN:** Conductas adictivas.
- 9. FUENTES CONSULTADAS:** Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. Flores, F. Rodriguez, L & Guszman, F. (2006). Consumo de alcohol y características demográficas de usuarios de salas de urgencias de Tamaulipas México: SMAD: *Revista electrónica de salud mental, alcohol y drogas*, 2,001, 1-14. Fondo de prevención Vial. (2006). <http://fonprevial.org.co/index.php?op=info&idC=3>. Gantiva, C. Bello, J., Vanegas, E. & Sastoque, Y. (2010). Relación entre consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, en prensa. Gantiva, C. Gomez, C & Florez, L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, 012, 38-48. Organización mundial de la salud (1992): *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor. Organización mundial de la Salud (1993). *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. España: OMS. Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Recuperado el 22 Abril, 2010, de <http://www.who.int/whr/2004/es/>. RUMBOS. (2001). Observatorio Colombiano sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado en abril de 2010 de <http://www.ocsp.gov.co>. RUMBOS, (2001) Programa Presidencial contra la Droga. Encuesta nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 24 AÑOS de edad. Bogotá.
- 10. CONTENIDOS:** De manera alarmante se proporcionan datos estadísticos de las diferentes consecuencias del abuso en el consumo del alcohol en Colombia y el mundo, se realiza una revisión teórica sobre la definición del alcohol y conceptos relacionados con esta sustancia como también su clasificación y el aprendizaje social de Albert Bandura acompañada de factores asociados al consumo de alcohol y finalmente se describen los resultados.
- 11. METODOLOGIA:** Investigación descriptiva - empírico analítico en la cual se consultaron diferentes fuentes bibliográficas e investigativas y se realizó la medición del nivel de consumo de alcohol en 336 estudiantes, mediante la adaptación para Colombia del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Vera y Gantiva, 2010).
- 12. CONCLUSIONES:** Los estudios muestran que más del 75% de la población consume alcohol lo que se reporta todas las investigaciones relacionadas en este estudio. El consumo de alcohol en Colombia muestra una tendencia en la cual más o menos el 90% de la población consume de manera normal, porcentaje del cual alrededor del 30 al 35% se encuentra en riesgo de evolucionar a un consumo problemático o perjudicial; el 10% de la población consume alcohol de manera problemática encontrándose en algunos casos dependencia a la sustancia. Se encuentra que el grupo que involucra a los adolescentes reporta un mayor porcentaje de consumo, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas entre adolescentes y adultos jóvenes, no se descarta la posibilidad de que se encuentren diferencias con otros grupos de edades. Por lo que se recomienda realizar investigaciones comparativas entre adolescentes y otros grupos. El mayor porcentaje de consumo lo siguen ocupando los hombres, pero existe una tendencia en las mujeres a implicarse cada vez más en este comportamiento. En los estratos socioeconómicos en los cuales se reporta mayor consumo problemático de alcohol son en el cinco y seis. Finalmente se sugiere el desarrollo de programas de prevención y promoción de estilos de vida saludable en cuanto a consumo de alcohol que sean implementados en el ámbito universitario, teniendo en cuenta los resultados encontrados en cada una de las variables de este estudio.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
BUENAVENTURA SEDE BOGOTA

ANDREA MORALES GUARIN
MANUEL ANDREWS GOMEZ MILLAN
MERFI RAQUEL MONTAÑO SINISTERRA

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BOGOTA
2011

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
BUENAVENTURA SEDE BOGOTA

ANDREA MORALES GUARIN
MANUEL ANDREWS GOMEZ MILLAN
MERFI RAQUEL MONTAÑO SINISTERRA

LUIS ANDERSEN VERA MALDONADO

(Asesor temático y metodológico)

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

BOGOTA

2011

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la oportunidad de existir, por guiar cada uno de mis pasos y por ayudarme a tomar buenas decisiones a lo largo del desarrollo de este trabajo de grado y de mi vida en general. Gracias a los Frailes Fernando Garzón (que en paz descanse), Jorge Antonio Ortiz Quiroga y Marco Alexander Camero, quienes con su ayuda, apoyo y confianza contribuyeron a que este sueño se hiciera posible. A mis padres y hermanos por ser el soporte de mi vida y la motivación principal por la cual intento hacer las cosas bien. Gracias a los docentes Anderssen Vera y Carlos Gantiva, por las asesorías brindadas para poder desarrollar un buen trabajo de grado. Gracias a todas aquellas personas que de alguna u otra manera se vieron involucradas en el desarrollo de este trabajo de grado.

MERFI RAQUEL MONTAÑO SINISTERRA

Quiero darle las gracias a Dios por que solo él me permitió estar viva para lograr este sueño, así como también me dio la bendición de amar como esposo a Andrés Mantilla y tener a mi hijo que es el motor no solo de este trabajo sino de cada paso que doy en mi vida. Le doy muchas gracias a Dios porque escogió tan maravillosa mujer para ser mi madre, por haberme concedido el mejor hermano del mundo y el que tanto anhele; por mi abuela Yolanda que también es una extraordinaria mujer y sin ellos no estaría donde estoy, por mis segundos padres Fernando e Isabel que apoyaron mis sueños de principio a fin. También le doy muchas gracias a Dios por cada uno de los miembros de mi familia y la de mi esposo, porque en cada uno de ellos encontré un consejo, un apoyo, una lección y sobretodo amor que motiva constantemente mi vida. Finalmente le doy gracias a Dios por mis compañeros y profesores que a lo largo de estos años contribuyeron para que hoy este sueño sea realidad.

ANDREA MORALES GUARIN

Tabla de contenido

RAE, 1
Resumen, 9
Introducción, 10
Justificación, 10
Marco teórico, 19
Pregunta de investigación, 36
Objetivos, 36
Objetivo general, 36
Objetivos específicos, 37
Definición de Variables, 37
Método, 39
Tipo de investigación, 39
Participantes, 39
Instrumentos, 39
Procedimiento, 40
Consideraciones éticas, 40
Resultados, 42
Discusión, 61
Conclusiones, 70
Referencias, 72
Apéndices, 73
Apéndice 1, 81
Apéndice 2, 82
Apéndice 3, 83

Índice de tablas

Tabla 1. Descriptivos del consumo de alcohol de los estudiantes.

Tabla 2. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la edad.

Tabla 3: Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al género

Tabla 4 Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al nivel socio-económico.

Tabla 5. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al programa.

Tabla 6. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la facultad.

Tabla 7: Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al semestre.

Tabla 8: Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al lugar de procedencia.

Indice de figuras

- Figura 1. Distribución porcentual de estudiantes de acuerdo a la edad.
- Figura 2. Distribución porcentual de los estudiantes de acuerdo al género.
- Figura 3. Distribución porcentual de los estudiantes de acuerdo al Nivel Socio económico.
- Figura 4. Distribución porcentual de los estudiantes de acuerdo a las facultades que componen la Universidad.
- Figura 5. Distribución de los estudiantes de acuerdo a los programas que cursan.
- Figura 6. Distribución porcentual de los estudiantes de acuerdo al semestre.
- Figura 7. Distribución porcentual de los estudiantes de acuerdo a la procedencia.
- Figura 8. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la edad.
- Figura 9. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo al género.
- Figura 10. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo al Nivel Socio económico.
- Figura 11. Nivel de consumo alcohol de acuerdo a las facultades.
- Figura 12. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo a los programas.
- Figura 13. Nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de acuerdo a los semestres.
- Figura 14. Nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de acuerdo al lugar de procedencia.
- Figura 15. Distribución porcentual del consumo general de los estudiantes.

Índice de Apéndices

Apéndice 1. Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol

Apéndice 2. Formato de datos socio-demográfico

Apéndice 3. Consentimiento informado

Resumen

El objetivo fue describir el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, se realizó un estudio descriptivo transversal. Participaron 336 estudiantes de pregrado a quienes se les aplicó el AUDIT adaptación colombiana (Vera, Gantiva 2010). Los resultados muestran, en cuanto al consumo que el 58.3% lo hace de forma moderada, el 32.7 % de manera riesgosa, el 5.1% de manera perjudicial y el 3.9% de manera dependiente, se evidenció un aumento en el consumo perjudicial en mujeres respecto a estudios anteriores, en los estratos altos un mayor consumo perjudicial y dependiente, y diferencias significativas en el consumo a partir de las facultad programa y semestre.

Palabras clave: Alcohol, consumo.

Abstract

The aim was to describe the level of alcohol consumption Students at the University of San Buenaventura, Bogotá conducted a descriptive study. 336 students participated undergraduates who were administered the AUDIT Colombian adaptation (Vera y Gantiva, 2010). The results show, in terms of consumption makes 58.3% moderately, 32.7% in risky, the Detrimentally 5.1% and 3.9% dependent manner, was evident an increase in harmful drinking in women compared to previous studies, in the upper strata more harmful and dependent use, and significant differences in consumption from the power program and semester.

Keywords: Alcohol, consumption.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ

El presente estudio se realiza dentro del grupo de investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Sede Bogotá. Este grupo en su intención de consolidar el conocimiento de la psicología clínica y de la salud a través de Investigaciones con impacto social que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de las personas ha creado una línea de investigación denominada Conductas Adictivas. Dentro de esta línea caben estudios como el que aquí se presenta, por lo cual se hace necesario realizar una contextualización de las problemáticas asociadas al consumo de alcohol como también se incluye información requerida para un abordaje claro de la problemática.

Para empezar, hay que partir de que el alcohol es una sustancia psicoactiva y de que estas pueden ser de consumo legal o ilegal; tanto las unas como las otras cuentan con un marco de ley que prohíben o que restringen su consumo, a pesar de ello, el uso de estas sustancias tiene una alta prevalencia en la población mundial que según el informe mundial de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2007) alcanza a 200 millones de personas quienes reportaron consumo en el último año, cifra de la cual se encuentra que 2 millones reportan consumo de alcohol. Este nivel de consumo representa el 5% de la población mundial comprendido entre las edades de 15 a 64 años.

Los resultados mostrados anteriormente, hacen énfasis en que las cifras de consumo de sustancias ilegales son superadas por las de consumo legal, lo cual se justifica como lo proponen Labouvie, (1986) y Mainous, Martin Oler, Richarson y Haney (1996), por el fácil acceso que la población tiene a este tipo de sustancias, sin que las medidas que restringen y regulan su consumo sean tenidas en cuenta por los adolescentes y bebedores en general. Este fenómeno ha llevado a un incremento del consumo, tanto que se considera que en Colombia la edad de inicio se encuentra alrededor de los 15 años (Ministerio de

la Protección Social y La Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008).

Esta disminución en la edad de inicio ha traído como consecuencia una mayor prevalencia de algunos problemas de salud a nivel tanto físico como mental. En cuanto a lo físico, se reporta un aumento en las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares (Boletín Epidemiológico Distrital, 2004), al igual que un aumento en embarazos de adolescentes, accidentes de tránsito, contagio de enfermedades de transmisión sexual, muertes violentas, abuso y violencia sexual (Pérez, 1999,). A nivel mental, se presentan problemas académicos, familiares, depresión, entre otros. (Cooper, 1999).

Las enfermedades y dificultades que surgen como consecuencia del consumo de alcohol aparecen por la influencia que esta sustancia tiene en el pensamiento, en las emociones y en las conductas de las personas, afectando no solamente la salud sino también las diferentes áreas de ajustes; familiar social, laboral, académico y personal (Irwin, Sarason & Sarason, 2006). Algunas de estas consecuencias han sido señaladas por la presidencia de la republica en el desarrollo de su programa Nuevos Rumbos, este estudio liderado por Perez y Scoppetta (2008), señala que algunas consecuencias del consumo de alcohol a nivel académico son por ejemplo el bajo rendimiento escolar debido a que por los efectos que el consumo tiene en el cerebro se pueden producir fallas en los procesos atencionales, de memoria y pensamiento que llevan a que el estudiante no responda a las exigencias de la institución educativa. Otra consecuencia importante es el ausentismo o la deserción escolar, debido a que los estudiantes invierten tiempo en el consumo.

Otra consecuencia directa del consumo de alcohol es en si mismo el hecho de ponerse en riesgo, lo cual está relacionado con la invulnerabilidad percibida del adolescente, pues esta es una característica propia de la etapa del desarrollo. Esto quiere decir, que pese a que realizar conductas de riesgo sea una característica propia de la adolescencia, existe una mayor probabilidad de que estudiantes que consuman alcohol exhiban comportamientos donde pongan en riesgo su propia vida y la de otros de manera mas frecuente

(Hingson, Heeren y Winter, 2006).

El suicidio también aparece como una consecuencia del consumo del alcohol, una investigación realizada en el año 2000 muestra que jóvenes de 12 a 17 años que manifestaron haber consumido alcohol en el último año presentaron doble probabilidad de estar en riesgo de suicidio (19.6%) que aquellos que no habían bebido durante este periodo de tiempo (8.6%) (National Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002). Esto es importante teniendo en cuenta que algunos procesos como la toma de decisión, el control de impulsos y resolución de conflictos se encuentran alterados por el consumo de alcohol.

Otro aspecto importante lo constituyen los accidentes vehiculares, en Colombia este fenómeno aparece cada vez con mayor frecuencia ya que no solo son ocasionados por los conductores ebrios sino también por peatones irresponsables que no tienen en cuenta las restricciones hechas por las autoridades a cerca de por donde deben transitar, por lo tanto puede ser el joven que se encuentre embriagado un candidato perfecto para ser arrollado por algún vehículo que se encuentre transitando (Fondo de prevención Vial, 2006). Según esta institución en el 2005 murieron 989 jóvenes entre los 13 y 24 años en accidentes de tránsito y otros 8.396 quedaron heridos. Del total de muertos, 346 eran pasajeros, 279 motociclistas, 197 peatones, 96 ciclistas, 64 conductores y de 7 no se posee información.

A nivel social se encuentra que el consumo de alcohol trae consecuencias relacionadas con aspectos como tener mayor probabilidad de involucrarse o ser víctima de crímenes violentos, abuso sexual, asalto, robos entre otros. Como se puede ver los problemas con el alcohol son cada vez mas graves considerando que al empezar el consumo a edad temprana aumenta la probabilidad de que estas personas tengan una dependencia a la sustancia en su adultez y por lo tanto se vean envueltas en situaciones que pongan en riesgo la vida de otros o la de ellos mismos (Cicua, Méndez y Muñoz, 2008).

El maltrato infantil es otro fenómeno que se encuentra relacionado con el consumo de alcohol, al respecto las estadísticas muestran que en el 40% de los casos confirmados hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud de Bogotá, 2001). En otros estudios que se han realizado a partir de correlaciones se ha encontrado que el 55% de los padres presenta el fenómeno de co-ocurrencia entre el consumo de alcohol y el maltrato físico a sus hijos (Hewitt & Ramírez, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), el consumo de alcohol se encuentra entre las primeras diez causas de discapacidad, no solo aquellas que aparecen dentro del campo mental (depresión, epilepsia, psicosis, suicidio, celopatía) sino también a nivel físico y orgánico (lesiones hepáticas, enfermedades en el aparato digestivo, en el páncreas, enfermedades musculares, complicaciones hematológicas, trastornos endocrinos, hiperuricemia, osteopenia, cáncer, daños en el hígado, hipertensión arterial, daños en el sistema nervioso trastornos metabólicos entre otros) (Parés y Caballería, 2002; Estruch, 2002).

En este sentido se considera que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, lo cual se hace evidente en la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol (OMS, 2008).

En España por ejemplo, el alcohol es la sustancia adictiva de mayor uso, más de la tercera parte de la población que se encuentra entre los 15 y 64 años de edad manifiesta haber consumido alcohol. El consumo se encuentra distribuido de acuerdo a la manera como se toma, así por ejemplo, el 76.7% de la población bebe de manera esporádica, el 64.7% toma de manera habitual y el 14.9% a diario (Ahumada, 2003). Por su parte, un estudio realizado en 190.000 estudiantes entre 14 y 18 años mostró que el 81% de la población estudiantil había consumido alcohol en el último año. Los datos anteriores sugieren un incremento del consumo en esta población ya que en las encuestas

realizadas en años anteriores el consumo en poblaciones escolares se encontraba entre 55% en el 2002 y 64 % en el 2004.

En Estados Unidos el consumo de alcohol también es una problemática, la Encuesta Nacional de Consumo de alcohol realizada en el 2001, señala que el consumo de alcohol entre los adolescentes de este país es bastante elevado, así por ejemplo, el 51% de los estudiantes de octavo grado, el 70% de los de décimo grado y el 80% de los doce grado manifiestan haber tenido alguna vez contacto con el alcohol (Donovan, 2004).

En México, se han realizado tres Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), mediante las cuales se puede ver cómo el consumo va en aumento. La del 1990 muestra que el 73.4% de los hombres y el 36.5 % de las mujeres consumía bebidas alcohólicas (Tapia, Medina, Sepulveda, de la fuente & Kumate, 1990). En 1993 el consumo se evidenció en un 65.5% de la población (77.2% en hombres 57.5 % en mujeres). La Encuesta de 1998 mostró que la prevalencia nacional es de 58.1% (77.0 % en hombres y 44.6% en mujeres) (Secretaria de Salud, 1993, 1998).

Dentro de los estudios más amplios y completos sobre consumo de alcohol en Colombia se encuentran los realizados por Rodríguez (1997), Pérez (2000) y el Programa Presidencial RUMBOS (2002); estas investigaciones muestran que en Colombia más del 80% de la población consume alcohol y entre el 5% y el 10% puede considerarse como alcohólica. Paralelamente, el alcohol es la SPA con mayor prevalencia e incidencia de consumo en los jóvenes de todas las ciudades del país y los porcentajes más altos de prevalencia se encuentran en los estudiantes universitarios y el mayor número de nuevos casos en los jóvenes de educación secundaria, especialmente entre los 12 y los 14 años. La prevalencia de vida es de aproximadamente 90% y la prevalencia del último año es cercana al 80%; se observa igualmente un mayor consumo en hombres, pero un mayor número de casos nuevos en mujeres.

Por otra parte, el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Colombia señala que el consumo de alcohol en este país alcanza una prevalencia Nacional de 86% en poblaciones de 12 a 65 años. Un mes previo a la realización del estudio el nivel de consumo fue de 35% de la población en un 46 % para los hombres y un 25% para mujeres. Estas cifras muestran un mayor consumo en las edades comprendidas entre los 18 y los 24 años (46%), aunque la edad de inicio se estima alrededor de los 15 y 20 años (hombres y mujeres respectivamente). Seguido de esta población se encuentra el grupo de edades comprendidas entre 25 y 34 años (43%).

En términos generales, se encuentra que 25% (percentil 25) de quienes han consumido alcohol alguna vez en la vida, consumieron por primera vez a los 15 años o menos, observándose un año de diferencia entre hombres y mujeres. 75% (percentil 75) de los hombres que han consumido alcohol lo hicieron por primera vez a los 18 años o antes, y 75% de la mujeres tomaron alcohol por primera vez a los 20 años o antes. Según las cifras del estudio, 2.4 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 años presentan un uso de alcohol que se puede considerar riesgoso o perjudicial. Esto equivale a 35% de los consumidores actuales de alcohol, o 12.2% de la población global. Del total de 2.4 millones, 1.8 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres, es decir, de cada 4 consumidores en estas condiciones, 3 son hombres y una mujer (Ministerio de la Protección Social y La Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008).

Por otra parte, el estudio también muestra que el consumo es mas frecuente en estratos cinco y seis (57%), seguido se encuentra el estrato cuatro con un 38%, en términos de frecuencia el estrato uno presenta menor consumo 27%; Sin embargo el consumo de riesgo o perjudicial es mayor en los estratos uno y dos (43 y 39 % respectivamente). El grupo con mayor probabilidad a presentar un consumo de riesgo o perjudicial es el que comprende las edades de 18 a 24 años, entre otras explicaciones esto sucede por la etapa del desarrollo en la que se encuentran las personas que comprenden estas edades, es mas probable que lleven a cabo conductas que pongan en riesgo su vida o la

de otros.

Cuando se observa el consumo de alcohol en Colombia teniendo en cuenta la distribución por departamentos, se encuentra que las ciudades con mayor número de consumidores son: Bogotá, Medellín, y Cali con un número de 1.978.248, 999.527 y 491.964 respectivamente. Vale la pena aclarar que el porcentaje de consumo depende también del número de habitantes en cada una de las ciudades. En este sentido Bogotá sería la ciudad con mayor grupo poblacional representada en la muestra 4.281 personas, seguida de Medellín con un participación de 2.503 personas (Ministerio de la Protección Social y La Dirección Nacional de Estupefacientes 2008).

Teniendo en cuenta las estadísticas ya mostradas, no solo en Colombia sino también en el mundo, los gobiernos y diferentes organizaciones se han interesado en unir fuerzas para contrarrestar la problemática que se vive a causa del consumo de alcohol. Estos intentos por disminuir el consumo aunque parten de una buena intención y cuentan con grandes inversiones a nivel económico fallan en la identificación adecuada de los diferentes niveles de consumo en los que se encuentran las personas con el fin de desarrollar adecuados procesos de intervención (Becoña, 2002).

Una adecuada identificación de los problemas relacionados con el alcohol depende en gran medida de los instrumentos que se utilicen en el proceso de evaluación. Atendiendo a esto se han diseñado instrumentos para la identificación de consumidores y no consumidores, entre los más conocidos se encuentran: el Test de Identificación por Consumo de Alcohol (ITCA), el Cuestionario de Identificación por Dependencia a las Drogas (CIDD), Cuestionario de Expectativa hacia el Alcohol (AEQ), Alcohol User Inventory (AUI), Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) entre otros. Estos instrumentos han servido para guiar el desarrollo de programas de tratamiento ya que poseen características de confiabilidad y validez en función de lo que pretenden medir.

Al respecto, existe un instrumento creado por la Organización Mundial de la salud OMS llamado Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, 1993), el cual es de uso internacional (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos), pues ha sido validado con diferentes muestras poblacionales alrededor del mundo donde el consumo de alcohol tiene una alta incidencia. Este instrumento se ha convertido en uno de los de mayor preferencia por los profesionales para desarrollar su trabajo, evidencia de esto son algunas investigaciones que se relacionan a continuación con el fin de mostrar en qué tipo de estudios está siendo utilizado.

En México, el uso del AUDIT ha estado relacionado con la identificación de las características demográficas de usuarios de las salas de urgencias de Tamaulipas México en donde básicamente se indagó sobre el tipo de consumo de alcohol, como también el efecto de algunas características demográficas sobre el consumo (edad, años de estudio, edad de inicio del consumo y horas de consumo previo al ingreso al hospital) (Flores, Rodríguez & Guzmán, 2006). Participaron 141 personas, una consideración esencial para la realización del estudio fue que los participantes fueran mayores de 18 años y que fueran consumidores de alcohol. Como resultados se encontró que el motivo de ingreso de los pacientes al hospital fue por accidentes bajo los efectos del alcohol. Un 39.7% reportó caídas desde su propia altura, el 35.5 % accidentes automovilístico y el 24.8% en riñas. El tipo de bebida que mas consumieron estas personas antes de ser ingresados al hospital fue cerveza en una proporción del 56.7 % seguido del brandy 17.7%. Se observó que la mayoría de los participantes presentaron consumo dañino, pero aun así se evidenció mayor consumo en hombres que en mujeres. Al respecto, las estadísticas Colombianas reportan que la sustancia que mas genera tratamiento urgencias es el alcohol, estos son mas frecuentes en hombres que en mujeres y Bogotá es la ciudad que atiende mayor número de urgencias (Rumbos, 2001).

En Colombia también se han realizado investigaciones donde usan el AUDIT como principal instrumento de medición de los problemas con el alcohol.

Un estudio de gran importancia fue el que realizó Londoño y Valencia (2008), en la Universidad Católica de Colombia, cuyo objetivo principal fue describir la asociación entre variables como: la resistencia a la presión de grupo, la asertividad y el nivel de consumo de alcohol en una población de 255 estudiantes de ambos sexos de universidades privadas de Bogotá entre los 16 y 33 años. Los resultados muestran que de la población total el 91.4% consume alcohol entre los cuales el 22 % presenta un consumo de riesgo o de dependencia; el 38.8 % un consumo moderado y el 30% un consumo esporádico. El 56.5 % reportó haberse embriagado por lo menos una vez en el último mes y se encuentra un mayor nivel de consumo en hombres. En esta misma Universidad en años anteriores (Flores, 2003), realizó una investigación en la cual aunque no utilizando el AUDIT pero haciendo una clasificación del consumo de alcohol en niveles se encontraron los siguientes resultados: el 74.2% eran consumidores esporádicos, el 20.7% consumidores de forma riesgosa y el 5.1% resultaron consumidores dependientes.

En la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, se llevó a cabo una investigación que pretendió identificar la relación entre consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en 359 estudiantes universitarios, utilizando el AUDIT y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ) (Gantiva, Bello, Vanegas & Sastoque, 2010). Los resultados muestran que el 42.9 % presentó consumo perjudicial de alcohol, mientras que el 57.1% presentó consumo moderado. Algo importante es que se encontró mayor consumo en mujeres que en hombres con una media de 7.70 y 5,10 respectivamente.

Estudios del programa Rumbos (2001) de la Presidencia de la Republica señala que en el ambiente universitario y social en general es más alto el consumo de alcohol que en otras circunstancias o situaciones, ya que este comportamiento se ve amparado por la alta aceptación que tiene socialmente como también por su carácter de droga legal como ya se expresó en párrafos anteriores. Estos estudios muestran que la población mas vulnerable no solo

en Colombia sino también en el mundo son los adolescentes, esta etapa de la vida coincide con la culminación de la etapa escolar y el inicio de la vida universitaria, Por lo cual el consumo de alcohol también ha sido asociado a variables como la relación de pares y a los procesos de construcción de la identidad, ya que estos pueden influir en el inicio o mantenimiento del consumo (Camacho, 2005). De aquí la importancia de realizar investigaciones que permitan abordar temas de interés para la sociedad, como lo es el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios.

A partir de las estadísticas ya mostradas y la creciente necesidad de realizar investigaciones que ayuden a contrarrestar las problemáticas con el alcohol, se hace necesario desglosar de manera organizada el concepto de alcohol y clarificar aspectos importantes que permitan una mejor comprensión de la dimensión de esta problemática. Lo primero que hay que entender es que el alcohol es una sustancia que tiene la capacidad de alterar el estado de ánimo o la conducta de una persona (Halguin y Krauss, 2009) trayendo consigo consecuencias graves como lo son el padecimiento de trastornos incapacitantes que afectan las áreas personal, física laboral, social y familiar de la persona quien las consume (American Psychiatric Association (APA), 2000). Las sustancias son suministradas al cuerpo utilizando vías como la inyección, la bebida, la inhalación, o la ingesta a manera de píldora, cuando se habla de que las sustancias son psicoactivas se refiere a que tienen la capacidad para actuar sobre el sistema nervioso central (SNC) del individuo, generando en condiciones de abuso una situación de dependencia y/o tolerancia (Organización Mundial de la Salud, 2004).

El alcohol es una sustancia que se obtiene a partir de la fermentación del almidón y la glucosa de algunos alimentos como también del proceso de destilación. De la fermentación resultan bebidas alcohólicas como la cerveza (fermentación de la cebada), la chicha (fermentación del maíz), el guarapo (fermentación de la miel de caña) y el vino (fermentación de las uvas). Mientras que algunos resultados de procesos de destilación son el aguardiente (de la

caña de azúcar) el vodka (de la papa), el brandy (de las uvas), es whisky (de la cebada), el tequila (el maguey) Entre otros (Pérez, 2000). Esto es importante teniendo en cuenta que cada una de las bebidas consumidas por las personas tienen unos componentes que determinan que tan fuerte o que tanto contenido al alcohol se ingiere, por lo tanto tiene mucho que ver en la evolución del consumo.

Las sustancias psicoactivas están clasificadas de acuerdo a los efectos que generan en el sistema nervioso Central. A continuación se presenta esta clasificación de manera general profundizando en el alcohol, su comportamiento y sus consecuencias como tema de interés en este trabajo. El orden en que se presentan los grupos no corresponde a ninguna clasificación en grado de importancia sino que se hace como una manera de presentar la información.

El primer grupo de sustancias son las denominadas estimulantes, estas tiene la propiedad de hacer que la persona experimente estados de alerta y de mayor energía al que normalmente se espera, por lo tanto se consideran que las sustancias de este grupo tienen un efecto activador del sistema nervioso central. Entre los estimulantes más conocidos se encuentran: las anfetaminas, la cocaína, la cafeína, el cannabis, etc. (Halguin y Krauss, 2009). El segundo grupo son las alucinógenas, las cuales se caracterizan porque provocan alteraciones en la percepción, es decir que producen experiencias anormales en forma de alucinaciones o ilusiones que generalmente se experimentan en el campo visual. Algunas de las mas reconocidas en este grupo son; éxtasis, heroína y opiáceos.

El tercer grupo son las depresoras dentro de las cuales se agrupan los sedantes, los hipnóticos, y los ansiolíticos, dentro de este grupo de sustancias se encuentra el alcohol. Existe un cuarto grupo de sustancias conocidas como mixtas en las cuales se combinan sustancias presentes en los grupos anteriormente mencionados (Halguin y Krauss, 2009). Los efectos del alcohol en el sistema nervioso son totalmente diferentes a los efectos que tienen sustancias como la heroína o el éxtasis en el funcionamiento cerebral de la

persona, pues estas últimas hacen que bajo sus efectos se manifiesten diferentes tipos de comportamientos y diferentes experiencias preceptuales.

En cuanto a los efectos que el alcohol tiene en la persona se han creado creencias falsas que en muchos casos son una fuente de mantenimiento de este comportamiento. Así por ejemplo, se cree que este lleva a estados de euforia, siendo esto cierto solo al inicio de la ingesta, pues el alcohol actúa sobre los receptores del *ácido gammaaminobutírico* (GABA) en el *núcleo accumbens* (NAC) y la corteza prefrontal, las cuales modulan la actividad dopaminérgica en dichas áreas. Ratsma, Van Der Stelt, y Gunning (2002), señalan que el aumento en los receptores GABA en la corteza y en el giro frontal superior hacen que las zonas de la corteza prefrontal encargadas de procesos de control social se inhiban, al ser inhibidas estas crean un efecto inicial de desinhibición que se confunde con efectos característicos de las sustancias estimulantes, cuando lo que realmente sucede es el efecto contrario ya que conforme pasa el tiempo y aumenta la cantidad de alcohol en el organismo aparecen sensaciones como la somnolencia, la descoordinación y la irritabilidad; los cuales son características propias de las sustancias depresoras como el alcohol (Maher, 1997). Esto es importante si se tiene en cuenta que por la actuación que el alcohol tiene en el sistema nervioso una serie de áreas corticales son activadas; estos efectos inicialmente son percibidos como una experiencia de euforia pero con el paso del tiempo se convierte en somnolencia y relajación hasta el punto de entrar en estado de sueño.

El sistema dopaminérgico juega un papel importante en los efectos que tiene el alcohol en la conducta, ya que el alcohol genera en las personas dependientes fisiológicamente un mecanismo hiposensitivo que hace que esta disminuya su respuesta ante los peligros y la desaprobación social conduciéndolo así a una búsqueda de emociones fuertes que le permita tener sensaciones placenteras lo que se relaciona también con mecanismos cerebrales encargados de la recompensa, el refuerzo y la motivación según señalan Gil-Verona, Pastor, Paz, Barbosa, Macías-Fernández, Maniega, Rami-Gonzalez, y Cañizares-Alejos (2003) . Esto ha llevado a pensar en una

estrecha relación entre el consumo de SPA y la dopamina, por lo cual se ha postulado desde el punto de vista neurobiológico la teoría de la dopamina como hipótesis de explicación a la dependencia fisiológica de una sustancia.

Los factores genéticos que intervienen en la adquisición y mantenimiento del comportamiento de consumir según Crabbe, 2001 (como se citó en Gantiva, 2006), parten de una serie de consideraciones que deben ser tenidas en cuenta para el análisis de las diferencias individuales, es decir, para el análisis pormenorizado y detallado de cada individuo con respecto al consumo y abuso de una sustancia, estas consideraciones son: a) susceptibilidad a la experimentación inicial; b) neuroadaptación a la sustancias por el desarrollo de tolerancia o sensibilización; c). dependencia manifestada en un síndrome de abstinencia; d) refuerzo negativo o positivo después de la ingesta; e) la eficacia del organismo para metabolizar la sustancia Los intentos de encontrar bases suficientes que apoyen el factor genético como determinante en la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol han fracasado ya que se reconoce la alta importancia que tiene la interacción individuo-ambiente en este comportamiento, lo cual se ha denominado desde el campo de la genética como genes- ambiente. Finalmente los estudios concluyen que las variables genéticas actúan como factores de vulnerabilidad pero que no son determinantes en la aparición de un consumo problemático (Costa, 1998; Crabbe 2002).

Se considera que para el desarrollo de un consumo problemático de alcohol son necesarias variables de tipo contextual que indiquen el porqué se mantiene el comportamiento de consumir. Explicaciones a este tipo de interrogantes se pueden encontrar al analizar los efectos tanto fisiológicos como psicológicos que experimentan las personas en estado de embriaguez. Los efectos fisiológicos de alcohol varían en las personas teniendo en cuenta su masa muscular, sus capacidades metabólicas y la tolerancia a la sustancia. Gitlow 2001 (como se cita en Gantiva, 2006) hace una diferenciación en dos grupos de efectos. En el primer grupo se encuentran aquellos que resultan de los efectos sedativos, de relajación y desinhibición que constituyen por lo

general la motivación para consumir alcohol y que tienen una duración aproximada de 2 horas o más cuando su ingesta se hace de manera lenta y pausada. Al parecer estos efectos encuentran su referente en un decremento de la corteza occipital y un aumento de actividad en los ganglios basales, como también en una disminución en la actividad de cerebelo, lo cual explica la descoordinación motora (Wei-Zhu, Volkow, Ma, Fowler, y Wang, 2004). El segundo grupo aparece después de terminado lo efectos del primero y se caracterizan por la experimentación de malestar físico, agitación irritabilidad insomnio, sensibilidad a la luz y al ruido fuerte; estos efectos aparecen más o menos diez horas después de haber empezado la ingesta.

En cuanto a los efectos psicológicos se encuentra que las personas que consumen alcohol de manera frecuente presentan cambios de estados de ánimo y ansiedad, estas variaciones por lo general están asociados a estados de disforia, donde los principales efectos son: episodios depresivos, dificultades para dormir falta de apetito y concentración. En una segunda fase como sucede con los efectos fisiológicos aumenta la irritabilidad, la hipervigilancia e inestabilidad emocional Gitlow, 2001 (como se citó en Gantiva, 2006). A nivel cognitivo estos efectos han podido ser observado gracias a la realización de tomografía axial computarizada en las que se observa una reducción en las envolturas de mielina, dilatación ventricular, disminución de la actividad del cerebelo como también de los ganglios basales (Costa, 1998; Wei-Zhu, Volkow, Ma, Fowler, y Wang, 2004).

Como se puede ver, el comportamiento de consumir alcohol ha tenido explicaciones desde diferentes puntos de vista, sumado a esto se han realizado también aproximaciones desde la parte social, las cuales han aparecido como resultado de construcciones que se han realizado en la interacción de los grupos. Esto es importante teniendo en cuenta que socialmente se han creado una serie de creencias en torno a este comportamiento. Dipardo (1993), ha señalado algunas que se presentan a continuación: 1) tiene una función alimentaria, ya que provee calorías que ayudan a que la persona se esfuerce en el trabajo, 2) funciona como mecanismo de integración, cohesión y

estructuración cultural, lo cual quiere decir que ayuda en el mantenimiento e identificación de identidades culturales 3) actúa como mecanismo de control social y adaptación al cambio y 4) funciona casi siempre como mecanismo de sociabilidad, por el hecho de desinhibir a la persona al momento de establecer relaciones con sus pares.

Por su parte, Sánchez (2008), plantea que consumir alcohol de manera ocasional y en pocas cantidades no constituye un problema de gran magnitud como el de la persona que consume de manera excesiva y continua. En algunas culturas el consumo de alcohol es utilizado como una forma de estimular el apetito por lo que acompañan algunas cenas o celebraciones con algún licor. El alcohol al ser un vasodilatador que aumenta el riego sanguíneo de la piel produce una sensación de calor por lo que algunas personas tienen la costumbre de ingerirlo cuando se encuentran en bajas temperaturas.

Al respecto es importante tener en cuenta que estos comportamientos los realiza la persona dentro de un marco cultural donde el comportamiento es aceptado y aprobado por el grupo social. Este tipo de consumo no se considera de riesgo, perjudicial, o dañino, sino que hace parte de algunas prácticas culturales. Es importante que este comportamiento no sea la manera mediante la cual la persona logre afrontar situaciones ansiosas o estresantes impidiendo que el ser humano haga uso de las herramientas psicológicas y conductuales que posee para resolver situaciones problemáticas.

Cuando hay un problema real con el consumo de alcohol este se asocia generalmente a dos conceptos; el de dependencia y el de abuso (Maisto, Connors y Dearing, 2008). Hay que señalar que previo a que una persona desarrolle un trastorno por dependencia o un trastorno por abuso de alcohol debe presentar intoxicación tolerancia y síndrome de abstinencia. A continuación se presenta cada uno de estos síndromes con el fin de comprender la evolución del consumo.

El primero de ellos es la intoxicación, el cual es un estado transitorio que le sigue a la ingesta y asimilación de la sustancia caracterizado por alteraciones

en la conciencia, en la cognición, en la percepción, en el estado afectivo, en el comportamiento y en otras funciones fisiológicas y psicológicas. Los criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV-TR (2000) son: A) Presencia de un síndrome reversible específico debido a su ingestión de manera reciente B) Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después y C) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El segundo es la tolerancia; definida como la necesidad de recurrir a cantidades más grandes de la sustancia para lograr el efecto que inicialmente lograba con cantidades más pequeñas (Alejo, 2006). Este síndrome es fácil de reconocer ya que la persona manifiesta en muchas ocasiones de manera verbal que la cantidad de alcohol ya no es suficiente para lograr sentirse “bien”. También es muy fácil reconocerlo en adolescentes, ya que por el egocentrismo que caracteriza esta etapa de la vida y los sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad, el adolescente manifiesta abiertamente ante sus pares que cada vez es un tomador mucho mas fuerte sobre el cual el alcohol no tiene ningún tipo de efectos (Hingson, Heeren y Winter 2006).

El tercero es la abstinencia; este síndrome aparece luego de las 3 o 12 horas después de dejar de consumir alcohol, al ocurrir esto se presentan algunos de los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos como son: ansiedad, irritabilidad, dificultad en la concentración, cansancio, cefalea, depresión, estreñimiento, aumento del apetito, tos, insomnio y somnolencia (Bríñez, 2001). Cuando la persona experimenta estos síntomas en muchos casos no hay conciencia de lo que realmente está pasando, otros saben muy bien a que corresponden los síntomas pero no poseen el suficiente control para detenerse ante el consumo, por el contrario buscan de manera presurosa la

forma de conseguir la sustancia con el fin de aliviar las molestias que están sintiendo.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-RT (2002), sugieren que la persona experimenta: A) interrupción o disminución de la ingesta después de presentar un consumo prolongado en grandes cantidades, B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A: 1) hiperactividad autonómica (ej., sudoración o más de 100 pulsaciones); 2) temblor distal de las manos; 3) insomnio; 4) náuseas o vómitos; 5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; 6) agitación psicomotriz; 7) ansiedad; y 8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas). C) Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El cuarto síndrome es la dependencia; la cual aparece como una necesidad que tiene el organismo de la presencia de la sustancia para su funcionamiento normal, dándose por lo tanto un deseo incontrolable y prioritario de consumirla, (Alejo, 2006). Es decir que el cuerpo de la persona desarrolla una dependencia a la sustancia (alcohol) experimentando reacciones inadecuadas de tipo fisiológico, conductual y cognitivo ante la ausencia de la sustancia.

La CIE-10 (OMS, 1992), define la dependencia como un síndrome que se caracteriza por un conjunto de manifestaciones fisiológicas comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga se convierte en la prioridad mas grande que tiene la persona incluso mas que aquellas que fueron importantes en el pasado. Los criterios diagnósticos desde la CIE-10 indican que la persona que experimenta dependencia evidencia comportamientos como: a) recaída en la utilización de la sustancia ante los intentos de abandonar su consumo; b) el deseo de dejar de consumir; c) el consumo se vuelve habitualmente estereotipado; d) evidencia del fenómeno de neuroadaptación; e)

hay un consumo de drogas con el fin de aliviar los síntomas producidos por la abstinencia; f) hay conductas de búsqueda de la droga en comparación con otras prioridades importantes en la vida de la persona; y, g) una recaída en la dependencia después de un periodo de abstinencia.

Los criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol del DSM-IV-TR (2002) son los siguientes: un patrón de consumo de alcohol que provoca impedimento o angustia clínicamente significativa que cumple con tres o más de los siguientes comportamientos: 1) Tolerancia, en este problema la persona puede experimentar lo siguiente: a) Necesidad de alcohol en cantidades mayores cada vez para alcanzar los efectos iniciales y b) la reducción del efecto con un consumo continuo de la misma cantidad. 2) Abstinencia manifestada en algunos de los siguientes: a) síndrome de abstinencia y b) se toma alcohol para aliviar o evitar síntomas que aparecen tras el no consumo de la sustancia. 3) Se ingiere alcohol cada vez en cantidades mayores y en periodos mas prolongados en el tiempo. 4) Existe un esfuerzo fallido en controlar el consumo. 5) Se dedica tiempo considerable a conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de los efectos. 6) Abandono o disminución de las relaciones sociales, laborales, recreativas etc. debido al consumo y 7) El consumo de alcohol es persistente a pesar de que se tiene un problema psicológico o físico resultado de la ingesta de la sustancia.

Como se indica en los párrafos anteriores la dependencia al alcohol implica que la persona ya ha tenido que pasar por un numero considerable de experiencias que llevan a que se catalogue su consumo como dañino, si bien es cierto que este es un proceso que toma un tiempo considerable también lo es el hecho de que después de haber llegado hasta ese punto volver a un estado no patológico resulta difícil, por las mismas alteraciones que este produce en el cuerpo y en la mente del consumidor.

Tanto los criterios de la CIE-10 como los de DSM-IV, indican que la dependencia se experimenta a nivel fisiológico, psicológico y social, no como elementos separados sino como relacionados y complementarios entre si. Los

síntomas de abstinencia, tolerancia y neuroadaptación corresponderían a la parte fisiológica; el aprendizaje y características personales a la parte psicológica y en medio ambiente la afinidad de grupo etc., corresponderían a la parte social (Becoña 2002).

Un quinto síndrome es el abuso; el cual hace referencia al consumo repetitivo de una sustancia psicoactiva que produce en el cuerpo de la persona disfunciones a nivel psicofisiológico y psicosociales en donde quien la consume es consciente del daño que le produce la sustancia pero no es capaz de dejarla (Briñez,1998).

Los criterios para el diagnóstico de un Trastorno por abuso de alcohol involucran: Un patrón de consumo que provoca impedimento o angustia clínicamente significativa manifestada a través de tres o más de los siguientes síntomas:1) Consumo persistente de alcohol como resultado de no poder cumplir con las obligaciones importantes en el trabajo, escuela u hogar. 2) Consumo de alcohol en situaciones en que resulta físicamente riesgoso (conducir un automóvil, manejar una maquina etc.). 3) Problemas legales de manera recurrente asociados al consumo y 4) Consumo continuo de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales por la conducta.

Una persona no pasa de un nivel de consumo a otro de manera rápida, fácil y espontánea, el proceso se presenta de manera más compleja, lenta y predecible. La primera corresponde a una fase previa o de predisposición la segunda es una fase de conocimiento, la tercera es una fase de experimentación o inicio del consumo, la cuarta es una fase de consolidación, la quinta es una fase de abandono o mantenimiento y finalmente la fase de recaída (Becoña, 2002).

La fase de predisposición se refiere a una serie de factores que hacen a la persona vulnerable a padecer problemas con el alcohol. Estos factores pueden ser de tipo biológico psicológicos o socioculturales y generalmente aparecen anteceden el consumo. La fase de conocimiento se evidencia cuando

la persona tiene una conciencia real de los efectos que tiene una determinada sustancia, este conocimiento se logra a partir de la disponibilidad de la sustancia y del interés que la persona ponga en esta. La fase de experimentación guarda relación con la segunda fase y radica en la prueba de distintas drogas. La fase de consolidación es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia, a esta fase resigue la de mantenimiento en la cual se determina si la persona seguirá consumiendo o no a partir de las consecuencias positivas y negativas que siguen al consumo. La última fase puede ocurrir o no ya que depende de los niveles de consumo, que la persona se mantenga alejada de la sustancia o que tenga recaídas (Becoña 2002).

Una clasificación de los problemas con el alcohol que resulta importante tener en cuenta es la que presenta Vallejo (1998), la cual está desarrollada de acuerdo a la fundamentación del AUDIT en el que se establecen tres categorías. Esta clasificación se da en cuatro tipos: 1) Abstinencia, tal y como se explica en los criterios del DSM-IV, 2) Ingesta sin problemas, lo cual corresponde a bebedores en los que el consumo no causa ningún tipo de problemas, 3) ingesta con problemas, en este grupo se encuentran las personas que beben con el fin de lograr integración, aceptación y personas que se embriagan en lugares no adecuados y 4) dependencia, manifestada en la pérdida de control sobre el consumo. Esta clasificación es acorde con las categorías que se tienen en cuenta en el AUDIT, así por ejemplo la abstinencia y bajo consumo en el AUDIT, se denominan como consumo no perjudicial, las dificultades en el control de la bebida se denominan como consumo de riesgo y dependencia de la bebida (Vallejo, 1998).

Otro aspecto importante a tener en cuenta en cuanto a clasificaciones del consumo se refiere se encuentra en Flórez citado por Gantiva y Cols. (2010), donde señalan que existe dos tipos de modalidades de consumidores: el normal y el anormal. En el primer grupo se encuentran: el consumidor abstemio, aquel que nunca o muy ocasionalmente (no mas de cinco veces al año) ingiere una pequeña cantidad de alcohol (dos o tres tragos, un par de cervezas, un vaso de

vino) y el consumidor moderado o social quien ingiere únicamente en reuniones sociales no más de tres a cinco tragos y en ocasiones se embriaga (no más de una vez al mes). En los consumidores anormales se encuentran: (a) el consumidor excesivo, que es aquel que presenta más de 12 episodios de embriaguez al año o consume más de cuatro tragos de forma frecuente (más de cuatro veces a la semana). Este tipo de consumidor depende de las normas culturales que estimulan una forma u otra de beber y llega a emborracharse más de 12 veces al año, y (b) el dependiente al alcohol, quien ha desarrollado una dependencia física a la sustancia, caracterizada por el síndrome de abstinencia.

Las clasificaciones que se hacen del consumo de alcohol, han surgido a partir de la generación de teorías que expliquen cómo se adquiere el comportamiento de ingerir alcohol. Estas explicaciones por lo general han estado dadas a partir de un recorrido por lo biológico, lo cognitivo, lo conductual y lo social. En esta investigación se explica el consumo a partir de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, por ser a juicio de los investigadores, una teoría muy completa sobre la adquisición, mantenimiento y control del comportamiento de consumir alcohol.

En sus inicios el aprendizaje social se intentó comprender en el marco del conductismo, pero se vio que éste era inadecuado y se pasó a una concepción más mentalista, como lo muestra la obra de Albert Bandura, quien ha trabajado y sistematizado la teoría del aprendizaje social. Bandura considera necesario referirse a la existencia de representaciones mentales para comprender la imitación, en particular en la fase de la adquisición de la conducta y el aprendizaje social de creencias y expectativas. Albert Bandura apoya la existencia de dos fases para explicar este tipo de aprendizaje; la fase de adquisición de la conducta que se compone por los procesos de atención y retención, y la fase de la ejecución de la conducta que contiene la reproducción motora y la motivación y refuerzo (Bandura, 1986).

De acuerdo con este modelo las personas que presentan consumo de alcohol desarrollan una serie de creencias problemáticas en torno al consumo de manera temprana a través de una combinación de reforzamiento y aprendizaje social (Bandura, 2001).

El aprendizaje social se centra en tres aspectos; el comportamiento, el individuo y el medio ambiente. Estos funcionan como un modelo de reciprocidad triádica, es decir que es un modelo donde las variables involucradas se encuentran en constante interacción y son necesarias la una de la otra, por lo tanto, se afectan entre sí. El individuo en el aprendizaje social debe tener unas capacidades básicas como son la capacidad de simbolizar, la capacidad de previsión, la capacidad vicaria, la capacidad reguladora y la capacidad de auto reflexión (Bandura, 2001).

Esta teoría explica el consumo basándose en una situación social en la que participan el modelo quien realiza una conducta determinada, y el sujeto quien observa la realización de la conducta, generándose así un aprendizaje en el segundo actor. A diferencia del aprendizaje que se hace por condicionamiento en el aprendizaje social el que aprende no recibe el refuerzo, sino que éste repite el modelo sin que experimente todavía ningún tipo de reforzamiento (Perry y Furukawa, 1996 citados por cruzado, 1998).

Este modelo opera bajo los lineamientos de los dos conceptos centrales que explican el consumo, son la autoeficacia y el afrontamiento. El primero se entiende como la percepción que tiene la persona de ser capaz de enfrentar una situación difícil, mientras que el segundo corresponde a las estrategias que utiliza la persona para reducir la percepción de una amenaza o riesgo para la propia vida (Halguin y Krauss, 2009). Estos dos factores que son de tipo cognitivo, al unirse con las ideas y expectativas que tiene la persona en torno al alcohol, determinarán si esta volverá o no a consumir de forma problemática.

A partir de la comprensión de la teoría del aprendizaje social, Gantiva, Gomez y Florez (2003), señalan que el consumo de alcohol es adquirido y mantenido como cualquier otro comportamiento problema al cual hay que dar

solución ya que involucra variables de tipo biológico, psicológico y social. También señalan que una intervención adecuada debe integrar una reestructuración de ambiente físico, social y psicológico por medio de la puesta en práctica del autocontrol manejando las contingencias sociales y ambientales, la puesta en práctica de los balances decisionales y un establecimiento de metas que se acomoden a las capacidades de la persona para cumplir con sus expectativas de tratamiento.

De acuerdo con el modelo del aprendizaje social las expectativas están compuestas de creencias que se desarrollan en la infancia a partir de experiencias de aprendizaje vicario y de la exposición a ciertas afirmaciones que se guardan como archivos de memoria de largo plazo y determinan la actitud (Quigley, Corbett y Tedeshi, 2002); estas creencias dirigidas al consumo son positivas o negativas obedeciendo a lo deseados que sean los efectos para el individuo. Existen varios estudios en los que se ha encontrado claramente la existencia de expectativas positivas frente a los efectos del consumo como un fuerte predictor del nivel de consumo; al igual que las expectativas negativas, que guardan estrecha relación con bajo consumo (Grube y Agostinelli, 1999). También hay evidencias de cómo el ser humano hace un análisis de costo y beneficio ante la opción de adoptar un determinado comportamiento proveniente de la actitud hacia esta conducta y de las expectativas que tiene sobre los efectos de la ingesta de alcohol (Becoña, 2000). Estos estudios finalmente concluyen que cuando predominan las expectativas negativas, se predice un bajo consumo y cuando predominan expectativas positivas, hacen que el individuo responda más fácilmente al comportamiento de ingerir alcohol, como por ejemplo en los consumidores moderados y los dependientes, predominan las expectativas dirigidas a lograr una mejor y más efectiva interacción social.

Existe la creencia de que el consumo de alcohol es inevitable, por que se piensa que el problema simplemente puede ser heredado (Ramos y Sánchez, 2001) sin tener en cuenta la intervención definitiva de otras condiciones relacionadas, como por ejemplo; la disponibilidad, el refuerzo

social y el fácil acceso. También es importante mencionar que hay muchas creencias en torno a la salud, ya que se obtienen ciertas ideas sobre lo que implica ser saludable y al efecto que se espera tenga el consumo sobre las condiciones de salud, como por ejemplo se cree trae beneficios consumir en cierta medida y un cierto tipo de bebida. Se aprecia como aportante el consumo debido a las experiencias sociales agradables que se viven bajo sus efectos, a la publicidad que invita al consumo con diferentes estímulos que parecen placenteros y a que en la decisión solo se tienen en cuenta las consecuencias agradables que aparecen a corto plazo (Golberg, Halpern-Felsher y Millstein, 2002).

El aprendizaje social se ve reflejado en la transmisión cultural pues permite que las habilidades adquiridas por algún miembro de la comunidad puedan transmitirse al resto, sin que sea preciso que cada uno las adquiera a partir de su propia experiencia; lo que hace que esta teoría sea la más clara en la explicación que se da a los procesos de adquisición y mantenimiento de comportamientos de consumo de sustancias psicoactivas.

Una conclusión que se puede hacer de esta teoría radica en que el aprendizaje social explica que el comportamiento de consumir se inicia antes de que la persona haya tenido contacto con el alcohol debido a que existen unas creencias y expectativas que son construidas socialmente. Las expectativas tanto individuales como sociales, los modelos de interacción con el alcohol, las características individuales y las propiedades de las sustancias permiten entender y comprender la adquisición, mantenimiento y control del comportamiento (Bandura, 2001).

Por otra parte hay que tener en cuenta que el modelo del aprendizaje social enfatiza en la importancia que tienen los factores biológicos, individuales y ambientales en la adquisición del comportamiento de ingerir alcohol. Al respecto se presentan a continuación algunos factores asociados a este comportamiento. Por factores asociados se entienden aquellas situaciones que llevan a que el adolescente inicie y mantenga el consumo de alcohol, esto es

importante en la medida en que permite identificar las circunstancias que claramente están relacionadas con el problema (sociales, familiares, legales, personales, entre otras) para trabajar posteriormente en la solución de este ((Cicua, Méndez y Muñoz, 2008).

Según Deardorff, Gonzales, Christopher, Roosa y Millsap (2005), Uno de los factores asociados al consumo de alcohol se encuentra relacionado con la madurez biológica temprana, sobre todo en el desarrollo de las niñas, lo cual se explica porque se asocia la pubertad con el consumo de alcohol, pues las niñas en esta etapa tienden a tener amigas de mayor edad que ellas y buscan atraer al sexo opuesto de mayor edad, enfrentándose a situaciones que las ponen en riesgo de consumir alcohol por la disponibilidad del mismo en los sitios que frecuentan.

Otro factor asociado al consumo de alcohol se encuentra en la exposición frecuente a comerciales y propagandas de televisión a la que se ven enfrentados los adolescentes. Estos comerciales y propagandas tienen la característica de que muestran el consumo de bebidas alcohólicas como algo atractivo, en lo cual las compañías productoras del mismo invierten grandes sumas de dinero presentando sus productos de la mano con mujeres lindas y esbeltas, imágenes que incitan al sexo a la rumba y a estados de euforia en general a (Miller, 2005).

Por otra parte, incide también como un factor asociado al consumo de alcohol el lugar donde se permite o se tienen acceso al consumo. Este es el caso de las fiestas (“chiquitecas” o “minitecas”) que se realizan con el ánimo de reunir a un grupo de adolescentes y que no necesariamente tienen lugar en discotecas y bares, sino también en muchos casos se realizan en casas de familia donde se ofrece cigarrillo, alcohol y otras sustancias psicoactivas poniendo a los adolescentes en gran riesgo de consumirlas (El Tiempo, 2006).

El factor social es predominante en el consumo de alcohol ya que los pares, amigos y pareja ejercen una gran influencia social. El consumo de alcohol en cuanto a este aspecto se ve relacionado con la selección y

socialización entre amigos, pues la aprobación por parte de estos se convierte en parte esencial con el fin de evitar la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol (Donovan, 2004; Henry, Slater y Oetting, 2005). La amistad constituye un aspecto importante como parte de lo social ya que una característica fundamental de esta se encuentra en el hecho de que quienes dicen ser amigos comparten ciertas características, es decir, tienen cosas en común que por medio del modelamiento de conductas llevan al consumo de alcohol y otras sustancias.

Por su parte, otros autores consideran que los factores asociados al consumo de alcohol se encuentran en el área personal así por ejemplo Gil (2008) propone que:

"entre los factores asociados al consumo se encuentran factores personales, relativos a las actitudes hacia el alcohol o que se corresponden con rasgos de la personalidad de los sujetos; el consumo abusivo se encontraría relacionado con el bajo nivel de información sobre el alcohol y con el mantenimiento de actitudes positivas por parte de los jóvenes, basadas en la idea de que el alcohol no trae grandes riesgos y favorece la diversión facilitando las relaciones sociales" (p. 294).

Según Gil otros factores de riesgos importantes a considerar son: la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el tiempo libre, la carencia de habilidades para tomar decisiones, los rasgos de extraversión y la búsqueda de sensaciones nuevas (Saiz, 1999, citado por Gil, 2008). De estos factores hay cuatro que se considera que surgen en el campo personal, es decir que tienen que ver con la iniciación del consumo a partir de intereses propios de la persona.

La baja autoestima es uno de ellos, esta se entiende como la valoración que la persona hace de sí misma de sus cualidades y defectos, es decir, el grado en que la persona se acepta y se quiere como es, lo cual tiene gran influencia en el consumo de sustancias psicoactivas. La autoestima está vinculada a la autoeficacia, sentimiento de ser competente y capaz. Entonces, es más probable que aquella persona que no se sienta bien consigo misma o capaz de resolver sus problemas por sí sola se refugie en el alcohol con la

creencia de que esto le ayuda a olvidar su problema. Esto también muestra una confrontación del control interno la cual hace referencia a factores individuales propios de la personalidad, y un control externo el cual es definido como las expectativas sobre contingencias y resolución de problemas (Rotter, 1966).

El déficit en asertividad, es decir la incapacidad de expresar los sentimientos y opiniones propias de forma clara y sincera. Comportarse de acuerdo a sus propias ideas, sin dejarse dominar o imponer la de los demás. También consiste en hacer respetar los derechos sin herir al otro. Si la personas no puede poner de manifiesto sus propias opiniones e ideas y no actúa con buen criterio es posible que pueda terminar por recurrir al alcohol o cualquier otra sustancia (Graña, 1994).

El Déficit en la toma de decisiones, es decir, la capacidad de elegir una posibilidad entre otra u otras. Hay que tener en cuenta que si para un adulto elegir una buena alternativa es muy difícil mas lo será para un adolescente el cual por la etapa del desarrollo en que se encuentra carece de herramientas y habilidades para llevar a cabo tal proceso (Abrams y Niura, 1987).

Por otra parte los factores asociados al consumo que no dependen necesariamente de la persona son los que vienen del ambiente o medio en que la persona se desenvuelve. Estos factores ya fueron explicados por lo cual solo se mencionan: la presión del grupo, la publicidad, la familia, etc. (Lowery, 1980).

Teniendo en cuenta las teorías mencionadas, se ha considerado la teoría del aprendizaje social de Bandura (1982), como la teoría que mejor explica esta conducta de consumo de alcohol en adolescentes.

A partir de la revisión teórica realizada, la pregunta de investigación que se plantea es la siguiente: ¿Cual es el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá?

Objetivo General

Identificar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.

Objetivos Específicos

Identificar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo al sexo.

Determinar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo a la edad.

Determinar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo al Nivel socio-económico.

Identificar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo a la facultad a la cual pertenecen.

Identificar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo al programa al cual pertenecen.

Identificar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo al semestre que cursan

Identificar el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de acuerdo al lugar de procedencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Consumo de alcohol

Acto de ingerir una sustancia que tiene la capacidad de alterar el estado de ánimo o conducta de una persona (Halguin y Krauss, 2009).

Consumo Moderado de alcohol. Personas que nunca o muy ocasionalmente ingieren una pequeña cantidad de alcohol, según las puntuaciones del AUDIT obtienen un resultado entre 0 y 7 (Flórez, 2003 citado por Gantiva y Cols., 2010).

Consumo de Riego de Alcohol. Personas que ingieren alcohol únicamente en reuniones sociales y no toman más de tres a cinco tragos y en

ocasiones se embriaga (no más de una vez al mes), según las puntuaciones del AUDIT obtienen un resultado entre 8 y 15 (Florez, 2003 citado por Gantiva y Cols., 2010) .

Consumo Perjudicial de Alcohol. Personas que ingieren de manera excesiva alcohol y que presentan más de 2 episodios de embriaguez al año o consume más de cuatro tragos de manera frecuente (más de cuatro tragos a la semana), según las puntuaciones del AUDIT obtienen un resultado entre 16 y 19 (Florez, 2003 citado por Gantiva y Cols., 2010).

Consumo Dependiente de Alcohol. Personas que dependen del alcohol, ya que han desarrollado una dependencia física al alcohol caracterizada por el Síndrome de Abstinencia, según las puntuaciones del AUDIT obtienen un resultado de 20 en adelante (Florez, 2003 citado por Gantiva y Cols., 2010).

METODO

Tipo de Estudio

La presente investigación se enmarca dentro de un enfoque empírico analítico. Según el alcance que se pretende, ésta se encuentra dentro de los estudios de carácter descriptivo, ya que quiere lograr una descripción de una problemática que se presenta en una población. Como estrategia metodológica se trabajó con un método transversal, dado que la variable de estudio fue abordada a partir de una sola medición, en un momento específico y bajo condiciones particulares.

Participantes

La muestra se seleccionó a partir de la población de estudiantes de pregrado de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, la escogencia se hizo bajo los procedimientos probabilísticos, con un muestreo aleatorio estratificado, tomando como estrato las diferentes facultades de la institución, y trabajando con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 0.015. A través del muestreo realizado se estimó que de la población total de estudiantes de la Universidad correspondiente a 3096 debían ser evaluados 336 quedando distribuidos por facultades de la siguiente manera: centro de formación técnica y tecnológica 22 estudiantes; ciencias empresariales 45 estudiantes; ciencias jurídicas y políticas 25 estudiantes; educación 24 estudiantes; filosofía 10 estudiantes; ingeniería 183 estudiantes; psicología 17 estudiantes y teología 10 estudiantes.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó, para medir la variable de estudio es la adaptación para Colombia del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Vera y Gantiva, 2010), el cual fue creado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989, como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. El AUDIT, se compone de 10 preguntas acerca del consumo de alcohol, las cuales se puntúan en una escala de 0 a 4. La calificación está agrupada en cuatro categorías: consumo moderado que es igual a una

puntuación entre 0 a 7; consumo de riesgo 8 a 15; consumo perjudicial 16 a 19 y consumo dependiente de 20 a 40. El instrumento se aplicó en su forma de auto-aplicado. (Ver apéndice A).

Por otra parte, se diseñó un formato para registrar la información correspondiente a datos demográficos y demás variables que permiten responder a los objetivos específicos de la investigación (Ver apéndice B).

Procedimiento

El desarrollo de la investigación se llevo por medio de tres fases que se caracterizarán de la siguiente manera.

Inicio. Una vez seleccionado el instrumento que permite medir la variable de estudio, el cual cuenta con el proceso técnico de adaptación para Colombia, se escogió la población objetivo bajo los lineamientos requeridos según el tipo de muestreo, se solicitaron los permisos correspondientes en cada una de las facultades y se procedió a informar a cerca de los objetivos de la investigación, luego se diligenció el consentimiento informado (Ver apéndice C).

Implementación. Se procedió a la medición de la variable de la siguiente forma; el grupo de investigación con previo entrenamiento para el manejo del instrumento y con la información del muestreo, se dirigió a cada una de las facultades de la institución, y realizó la aplicación técnica del instrumento, de manera que se recogió toda la información requerida para continuar con el proceso según los resultados preliminares.

Finalización. Una vez terminada la aplicación del instrumento, la información se recolectó en las diferentes tablas de registro y se clasificó según las variables de estudio para su depuración, organización y construcción de la base de datos para realizar su correspondiente análisis estadístico requerido, tomando como software estadístico el SPSS18.0.

Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta que esta investigación se realizó con seres humanos se informó a cada uno de los participantes sobre los objetivos y la importancia

que la misma tiene para la universidad; se les dijo que su participación en la investigación era voluntaria por lo cual ellos podían en algún momento decidir que su información no fuera utilizada en la investigación. Cada uno de los participantes firmó un consentimiento informado donde autorizó su participación voluntaria. En la recogida y posterior análisis de los resultados se ocultó siempre la identidad de los participantes siguiendo los lineamientos éticos dados en el código deontológico y Bioético para el psicólogo (2006).

Resultados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos de las mediciones realizadas en la muestra señalada; Inicialmente se encuentran los descriptivos de la población en términos de frecuencias y porcentajes, posteriormente se presenta los niveles de consumo de alcohol de los estudiantes para cada una de las variables de estudio (edad, genero, nivel socio económico, facultad, programa, semestre y procedencia) teniendo en cuenta las significancias, finalmente se presenta la distribución general del consumo de acuerdo a las categorías del AUDIT. Estos resultados fueron obtenidos a partir del análisis realizado en el programa estadístico SPSS 18.0, permitiendo efectuar una interpretación general y detallada del comportamiento de los sujetos según los objetivos que pretende la investigación.

En cuanto a los estadísticos descriptivos de la muestra los resultados que a continuación se presentan están dados en términos de porcentajes y de frecuencias, se muestra la distribución de la población a partir de cada una de las variables indicadas dentro en la investigación.

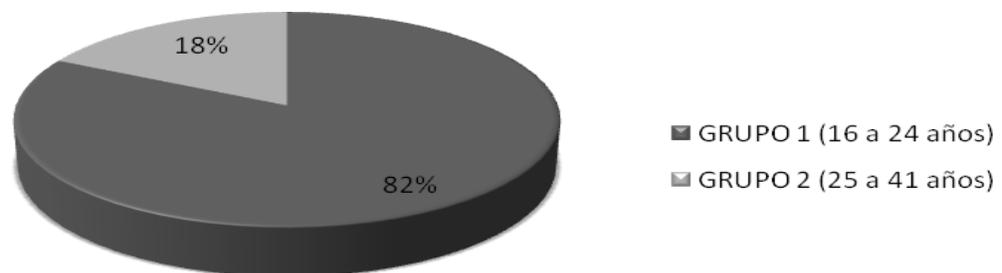


Figura 1. Distribución de estudiantes de acuerdo a la edad

En la figura número 1 se observa que la población evaluada fue clasificada en dos grupos según la edad; el primer grupo comprende las edades

entre 16 a 24 en donde según la figura se encuentra el 82% de la población, es decir, alrededor de 277 de las personas que respondieron al instrumento; el segundo grupo comprende de los 25 a 41 años en donde se reporta una participación del 18%, es decir 59 personas. Lo anterior muestra que en la población universitaria hay más número de personas entre las edades que comprenden el primer grupo que las que comprenden el segundo.

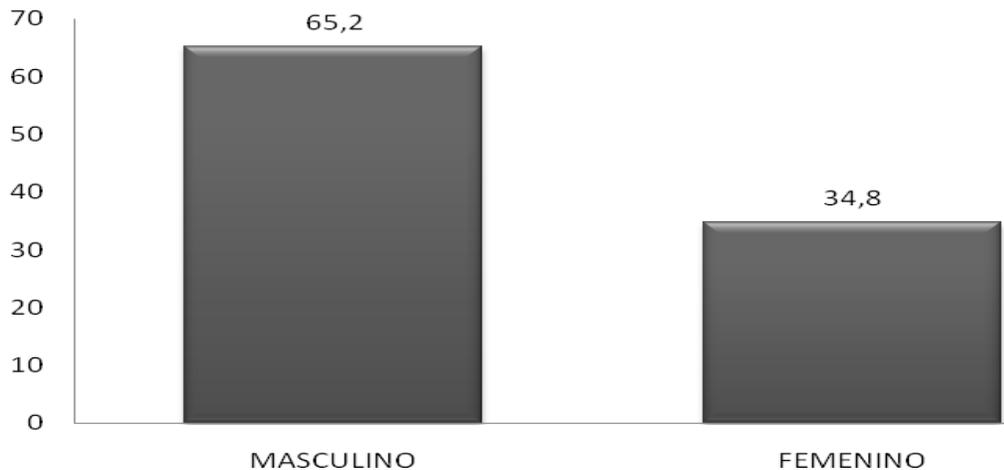


Figura 2. Distribución de los estudiantes de acuerdo al sexo

Al observar los estadísticos descriptivos de la población en cuanto al género, se encuentra que el 65.2% (219 personas) de la población son hombres mientras que el 34.8% (117 personas) son mujeres. Esto evidencia una participación dos veces mayor en los hombres que en las mujeres, es decir que por cada mujer que participó en la investigación participaron dos hombres.

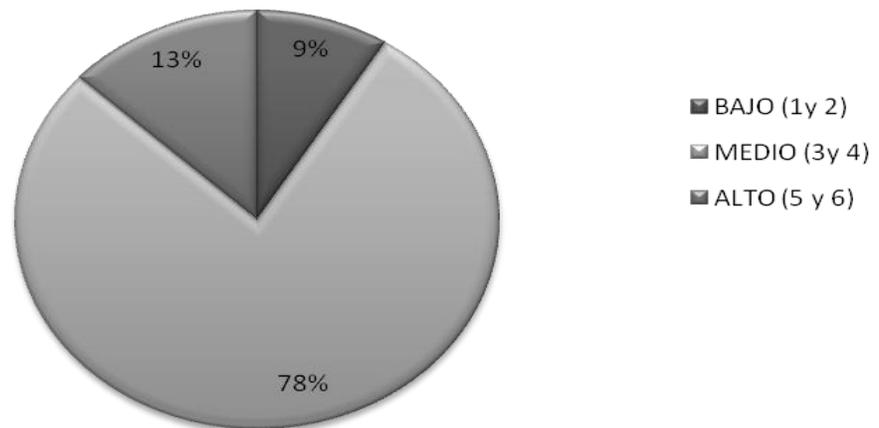


Figura 3. Distribución de los estudiantes de acuerdo al Nivel Socio económico

En la figura 3 se encuentran representados los estratos socioeconómicos; para su análisis estos fueron agrupados en tres categorías: bajo, medio y alto; la primera comprende los estratos 1 y 2 en donde se evidenció una participación del 9%, correspondiente a 30 personas; la segunda categoría estuvo representada por los estratos 3 y 4 cuya participación asciende al 78%, es decir, 262 personas convirtiéndose en la categoría con mayor representación; la tercera categoría corresponde a los estratos cinco y seis en donde se evidencia una participación de 44 personas lo que corresponde al 13% de la población. Estos resultados muestran que a nivel de estratos los más representativos dentro de la universidad de San Buenaventura sede Bogotá son el tres y el cuatro, seguido de los estratos denominados altos.

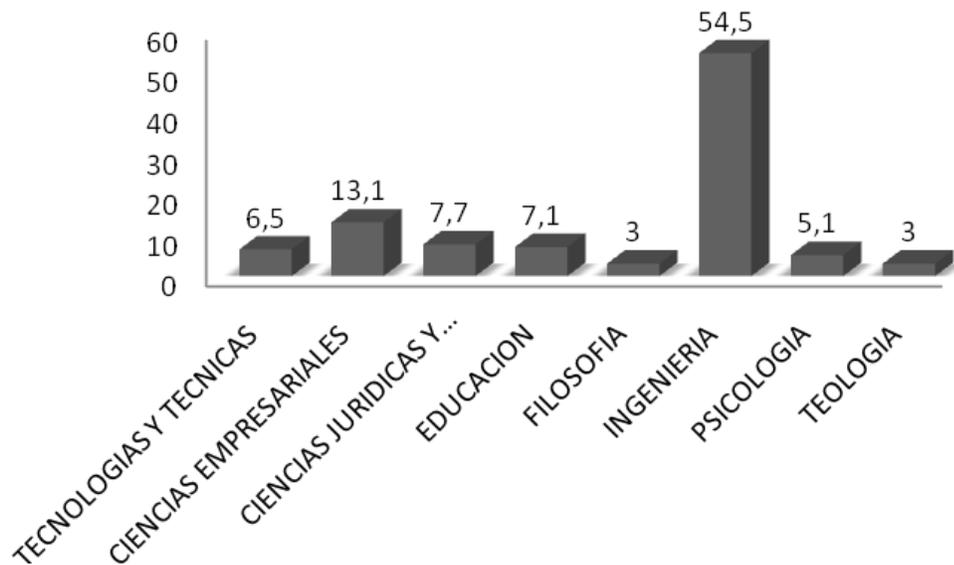


Figura 4. Distribución de los estudiantes de acuerdo a las facultades que componen la Universidad

Se encuentra que más de la mitad de la población de estudio fue tomada de la facultad de ingeniería con una representación del 54.5% lo que corresponde a 183 personas, seguido en cuanto a representatividad se refiere se encuentran las facultades de ciencias empresariales con un 13.1%, ciencias jurídicas y políticas (7.7%), educación (7.1%), técnicas y tecnológicas (6.5), psicología (5.1%) y filosofía y teología con igual representación (3%). Esto muestra que dentro de la universidad la facultad con mayor número de estudiantes es Ingeniería y que su representatividad es más o menos 4 veces mayor que la de la facultad que le sigue en representatividad, por ejemplo se encuentra que por cada estudiante de la facultad de ciencias empresariales participaron más o menos 4 de ingeniería.

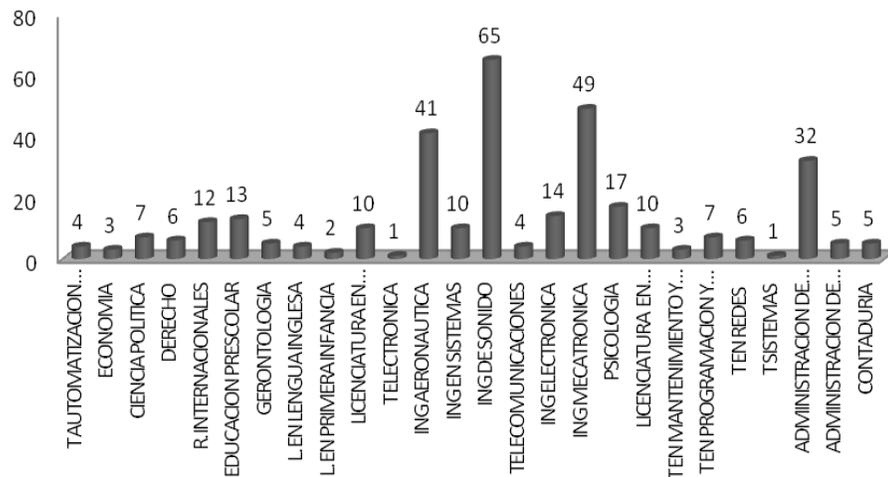


Figura 5. Distribución de los estudiantes de acuerdo a los programas que cursan

De acuerdo con los descriptivos se encuentra que la participación por programas en cuanto a frecuencia de personas fue de la siguiente: tecnología en automatización industrial 4, tecnología Electrónica 1, tecnología en Sistemas 1, Tecnología en programación y desarrollo de software 6, tecnología en mantenimiento y gestión electrónica 3, tecnología en redes y comunicación de datos 6, economía 3, administración de empresa 32, administración de negocios 5, contaduría pública 5, derecho 6, ciencia política 7, relaciones internacionales 12, educación de la primera infancia 2, educación preescolar 13, licenciatura en lengua inglesa 4, gerontología 5, ingeniería de sistemas 10, ingeniería de sonido 65, ingeniería de telecomunicaciones 4, ingeniería Mecatrónica 49, ingeniería electrónica 14, ingeniería aeronáutica 41, licenciatura en filosofía 10, licenciatura en teología 10 y psicología 17.

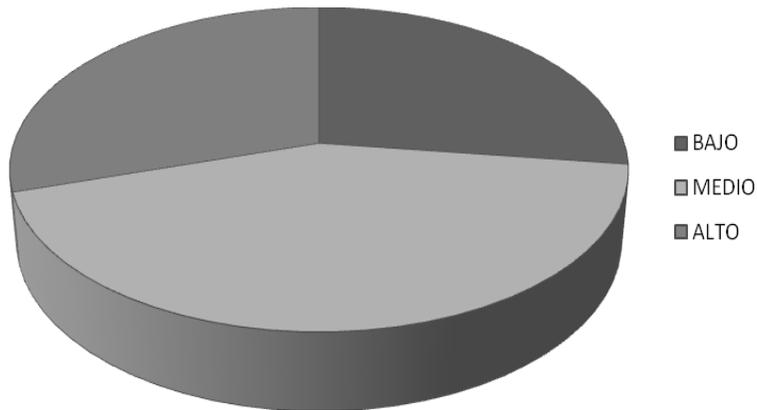


Figura 6. Distribución de los estudiantes de acuerdo al semestre

Esta figura muestra que esta variable fue categorizada en tres niveles; bajo, el cual representa los semestres 1, 2 y 3 donde se evidencia una participación del 27.1% de la población total; medio, el cual abarca los semestres 4, 5 y 6 cuya participación fue 43.2%; alto, semestres desde 7 hasta 10 donde se reporta una participación del 29.8%. esto muestra que en la investigación participaron más estudiantes que se encuentran cursado los semestres 4, 5 y 6.

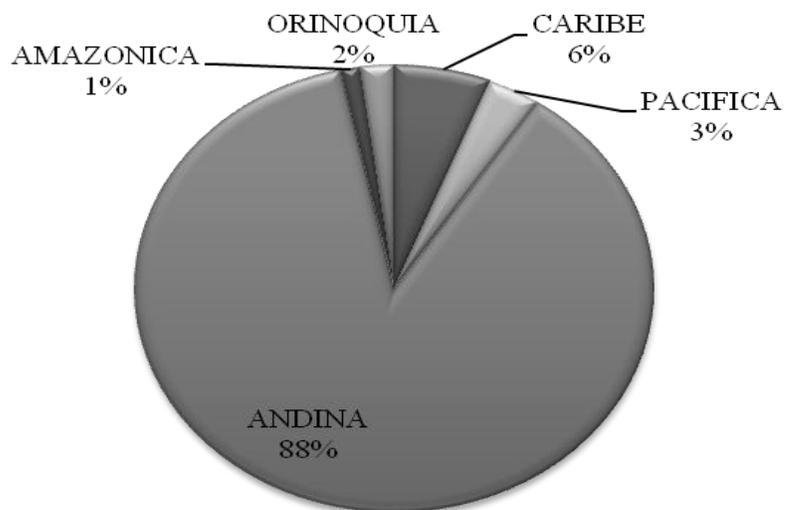


Figura 7. Distribución de los estudiantes de acuerdo a la procedencia

En la figura 7 se presentan datos descriptivos de la población de estudio a partir del lugar de procedencia. Se observa que la mayor parte de la población corresponde a personas que viven en el área andina, es decir, en el centro del país representado principalmente por ciudades como Bogotá y sus alrededores (87.5% lo que corresponde a 294 personas de la población total de estudio). El 12% restante se encuentra distribuido en las regiones Caribe, Pacífica, Orinoquía y Amazonía, con una representación del 6% (20 personas) 3.3% (11 personas), 2.1% (7 personas) y 1.2% (4 personas) respectivamente.

A continuación se presenta el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de acuerdo a cada una de las variables con el fin de responder a los objetivos específicos de la investigación. Junto a lo anterior se presentan también las significancias para las mismas, es decir se muestra si las diferencias encontradas al interior de los grupos en cuanto a consumo de alcohol se refiere son estadísticamente significativas en cada una de las variables de estudio. Hay que aclarar que la identificación de significancias no son objetivos de esta investigación, más sin embargo, ayudan a aclarar lo encontrado en cada una de las variables.

Teniendo en cuenta que los datos no presentaban distribución (ver tabla 1) se utilizaron pruebas no paramétricas para la identificación de significancias; se utilizó la U-Mann-Whitney para muestras independientes la cual permite relacionar variables que presentan dos niveles de análisis como en el caso de edad y género; mientras que para variables con más de dos niveles como estrato socio-económico, facultad, programa, semestre y procedencia se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Según el análisis la significancia debe ser menor que el Alpha para que se pueda interpretar como significativa la diferencia. En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95 %. Y un alfa de 0.05.

La tabla numero 1 muestra que los datos en general no presentan distribución normal, se encuentra que aunque las medidas de tendencia central

son parecidas la desviación estándar y a curtosis se salen de los parámetros establecidos para una distribución normal lo que obliga a la utilización de pruebas no paramétricas en los análisis requeridos. Por otra parte estos descriptivos permiten observar que en promedio el consumo de alcohol de los estudiantes es moderado.

Tabla 1. Descriptivos del consumo de alcohol de los estudiantes

<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>Desv</i>	<i>Sesgo</i>	<i>Curtosis</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
336	7,33	7,00	7	5.540	1,154	1,605	0	29

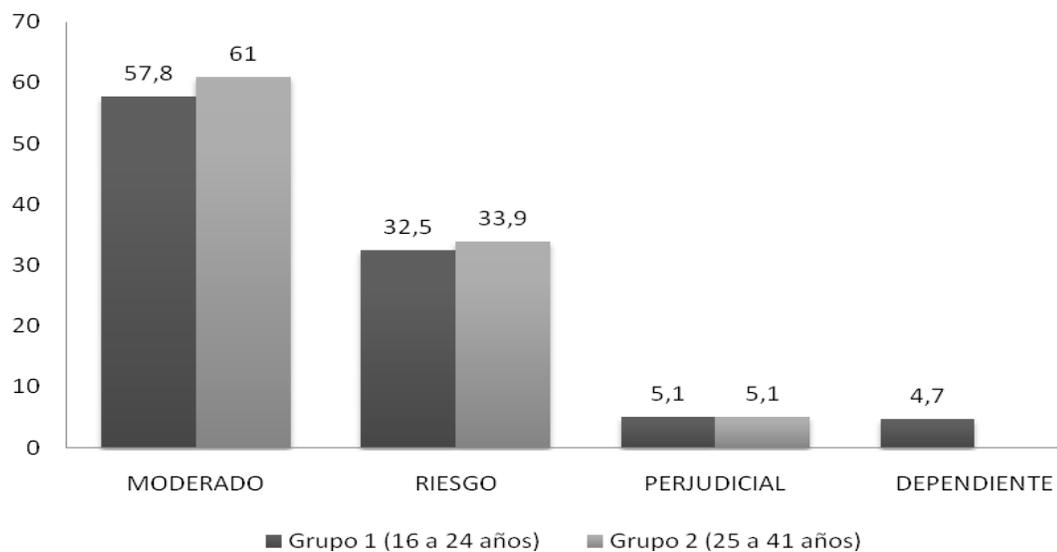


Figura 8. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la edad

La figura 8 muestra que los cuatro niveles de consumo se encuentran presentes en el grupo 1, mientras que en el grupo 2 solo se evidencia consumo moderado, de riesgo y perjudicial. Por otra parte se puede observar que existe mayor porcentaje de consumo de riesgo y moderado en el grupo dos, aunque la diferencia no es tan notable respecto al grupo uno, sin embargo, el porcentaje

es igual en los dos grupos en cuanto a consumo perjudicial se refiere. Lo anterior quiere decir que aunque el patrón de consumo de alcohol en los dos grupos tenga unas pequeñas variaciones porcentualmente hablando la diferencia más importante radica en que el consumo dependiente únicamente aparece reportado en el grupo 1, es decir, las edades comprendidas entre los 16 y 24 años.

Retomando lo encontrado en la figura 8, en la tabla 2 se observa que la significancia es mayor que el Alpha, lo que quiere decir que las diferencias encontradas al interior de los dos grupos de edades en cuanto a consumo del alcohol se refiere no son significativas, por lo tanto, se interpreta que no existen diferencias en el consumo de alcohol entre los rangos de edades establecidos en la investigación.

Tabla 2. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la edad

Sig		Alpha	Resultado
0.48	>	0.05	No Significativo

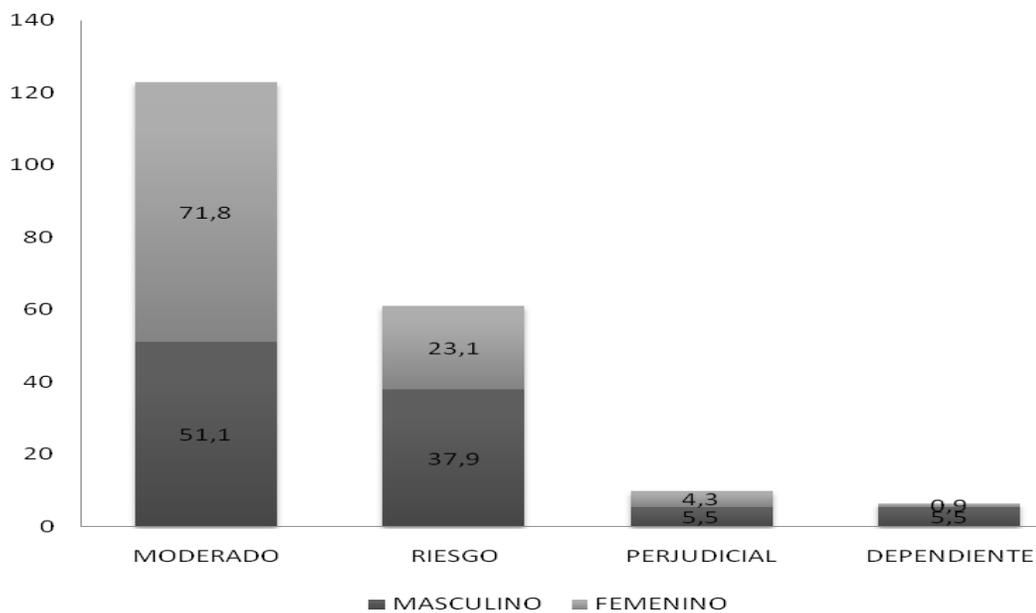


Figura 9. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo al género

En esta figura se observa que en cuanto al consumo moderado de alcohol el porcentaje es mayor en mujeres (71.8%) que en hombres (51.1%), pero se evidencia que es mayor el consumo en hombres en los siguientes tres niveles (riesgo, perjudicial y dependiente). Es importante señalar que en el nivel de consumo perjudicial la diferencia entre los dos grupos no es muy evidente 5,5% (hombres) y 4,3% (mujeres). En cuanto al nivel de consumo dependiente se encuentra que el porcentaje de mujeres en este grupo no sobrepasa el 1% de la población total, mientras que el género masculino aparece ocupando el 6% de consumo dependiente; de cualquier manera el consumo de alcohol que empieza a ser problemático es mayor en hombres independientemente de que en el nivel moderado el porcentaje sea mayor en mujeres.

La tabla número 3 presenta la significancia correspondiente a la variable género, en esta se muestra que la significancia es menor que el alpha, por lo tanto se interpreta que existen diferencias en el consumo de alcohol de los hombres y de los de las mujeres, es decir que no se puede interpretar como igual el consumo en los dos sexos.

Tabla 3. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al sexo

Sig		Alpha	Resultado
0.000	<	0.05	Significativo

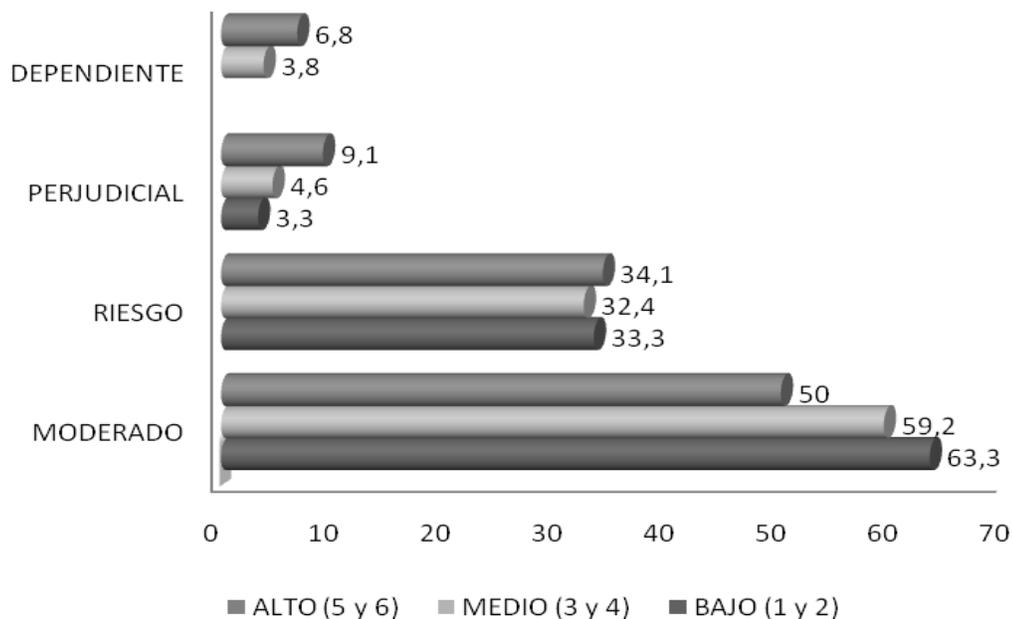


Figura 10. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo al Nivel Socio económico

La figura 10 muestra que el mayor porcentaje de consumo de alcohol en cualquiera de las tres categorías se encuentra reportado en el nivel moderado; un 63,3% en la categoría bajo, un 59,2% en la media y un 50% en el alto, seguido se encuentra el nivel de riesgo, con un 32,4% en bajo, 33,3% en medio y 34,1% en la categoría alto, como se puede ver los porcentajes son parecidos a nivel de consumo moderado y de riesgo. Los porcentajes más bajos de consumo se encuentran en los niveles perjudicial y dependiente, por lo que se observa un 9,1% en la categoría alto, un 4,6% en la media y un 3,3% en la baja ubicados en el nivel de consumo perjudicial, mientras que en el nivel dependiente no hay población para la categoría bajo, sin embargo se encuentra un 3,8% en la media y 6,8% en la alta. Es importante resaltar que los cuatro niveles de consumo se encuentran presentes en los estratos socioeconómicos medio y alto, mientras que en los estratos bajos no se evidencia consumo de manera dependiente y en el nivel perjudicial el porcentaje de consumo es menor que en los demás estratos.

En la tabla número 4 se observa que la significancia es mayor que el alpha, lo que lleva a concluir que no existen diferencias significativas en el consumo de alcohol de acuerdo a los estratos, es decir, que el hecho de pertenecer a un estrato u otro no determina el consumo de alcohol de una persona.

Tabla 4. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al nivel socio-económico

Sig	Alpha	Resultado
0.28	>	0.05
		No significativo

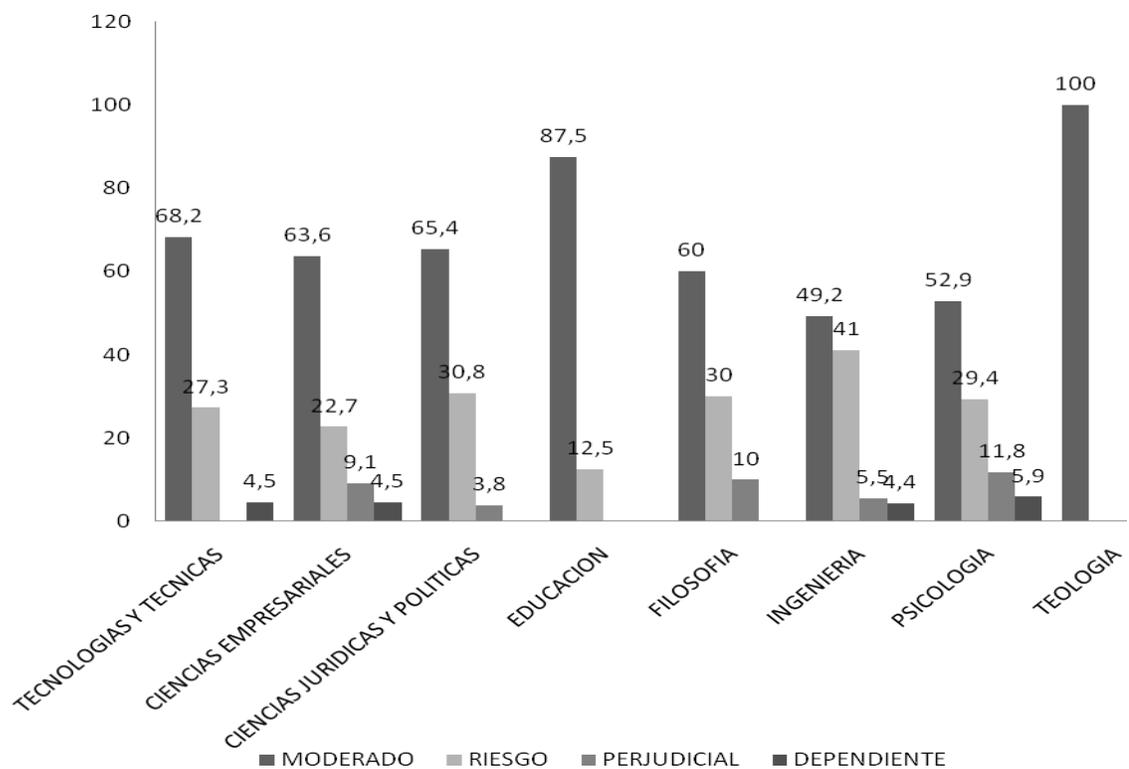


Figura 11. Nivel de consumo alcohol de acuerdo a las facultades

En esta figura se observa que las facultades de ciencias empresariales, ingeniería y psicología presentan los cuatro niveles de consumo de alcohol, en

el nivel moderado se evidencia que en la facultad de Teología únicamente hay consumo moderado por lo que ocupa el 100%; en cuanto al nivel de riesgo, se encuentra la facultad de ingeniería con el mayor porcentaje (41%), en el nivel perjudicial y dependiente es representativa la facultad de psicología con un porcentaje de 11,8% y 5,9% respectivamente.

En la Facultad de Educación solo se observa consumo moderado (87,5%) y de riesgo (12,5%). En el centro de formación técnica y tecnológica se encuentran tres niveles de consumo, moderado (68,2%), de riesgo (27,3%) y dependiente (4,5%). En la facultad de ciencias políticas y jurídicas no se evidencia consumo dependiente aunque si están presentes los otros niveles. La tabla también muestra que de cualquier manera la facultad de psicología aparece reportando mayor porcentaje de consumo de alcohol en los niveles donde este comportamiento empieza a considerarse problemático.

De acuerdo con la tabla número 5 se observa que la significancia es menor que el alpha, por lo que se interpreta que existen diferencias significativas en el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes al interior de la universidad, es decir, que el consumo de alcohol es diferentes entre las facultades.

Tabla 5. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la facultad

Sig		Alpha	Resultado
0.002	<	0.05	Significativo

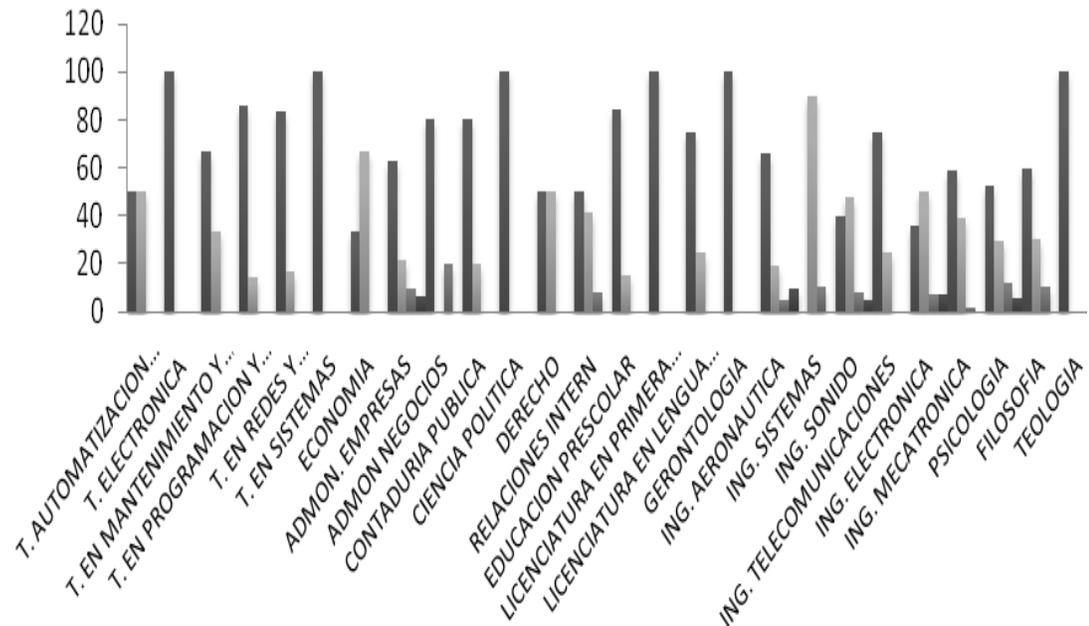


Figura 12. Nivel de consumo de alcohol de acuerdo a los programas

Al analizar los resultados teniendo en cuenta los programas que componen cada una de las facultades, se encuentra que aunque en el centro de formación técnica y tecnológica ninguno de los estudiantes presenta consumo perjudicial, si se observa un 33,3% de estudiantes con consumo dependiente en el programa de tecnología en mantenimiento y gestión electrónica; mas sin embargo en los programas de tecnología en electrónica y tecnología en sistemas el 100% de los estudiantes presenta únicamente consumo moderado.

En los programas que componen la facultad de ciencias empresariales se encuentra que contaduría pública y economía no presentan consumo perjudicial ni dependiente, sin embargo en el programa de administración de empresas se evidencian los cuatro niveles de consumo con una tendencia a disminuir considerablemente el porcentaje conforme aumenta el nivel de consumo. En el programa de economía se observa que el consumo de riesgo (66,7%) es mayor que el consumo moderado (33.3%). En el programa de administración de negocios no hay porcentajes para los niveles de consumo de

riesgo ni dependientes, aunque se encuentra un 80% de consumo moderado y un 20% de consumo perjudicial.

En la facultad de ciencias políticas y jurídicas compuesta por tres programas, solo se encuentra consumo perjudicial en los estudiantes del programa de relaciones internacionales en un porcentaje relativamente bajo (8,3%); todos los estudiantes evaluados de ciencia política tienen consumo moderado y el programa de derecho tiene un consumo del 50% tanto en riesgo como en moderado.

En la facultad de educación se encuentra consumo moderado en todos los programas y evidencia consumo de riesgo en los programas de licenciatura en educación con énfasis en lengua inglesa y en educación preescolar. La totalidad de los estudiantes que respondieron al instrumento de los programas de gerontología y de licenciatura en la primera infancia, se ubican en consumo moderado.

En los programas que componen la facultad de ingeniería se observa que aeronáutica, sonido y electrónica presentan los cuatro niveles de consumo pero el consumo dependiente de ingeniería aeronáutica es el más significativo (9,8%), El programa de ingeniería de telecomunicaciones es el único que solo presenta consumo de moderado (75%) y de riesgo (25%) seguido del programa de ingeniería mecatrónica que además de los niveles anteriormente mencionados, tiene un bajo porcentaje (2%) en consumo perjudicial. En el programa de ingeniería de sistemas se destaca consumo moderado (90%) y perjudicial (10%).

En los programas de psicología, filosofía y teología, el comportamiento del consumo es igual al que se describe en las facultades, ya que estas se componen de un solo programa.

Esta tabla muestra que existen diferencias significativas en el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes a partir de los programas donde se encuentra cursando sus estudios, es decir, el consumo de alcohol es diferente al interior de las facultades.

Tabla 6. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al programa

Sig		Alpha	Resultado
0.006	<	0.05	Significativo

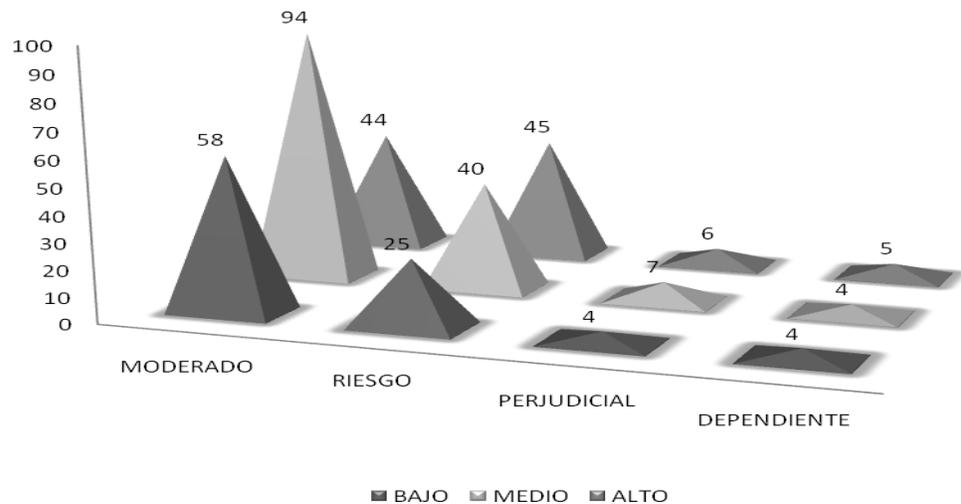


Figura 13. Nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de acuerdo a los semestres

Se observa en la figura número 13 que en la categoría que se ha denominado medio el consumo de alcohol es mayor, es decir, los semestres 4,5 y 6 aparecen ocupando mayores niveles de consumo, aunque comparándolas con las de mas categorías a nivel de riesgo, perjudicial y dependiente no son muy evidentes las diferencias, pues estas no sobrepasan el 5 %. La categoría bajo aparece reportando menores niveles de consumo lo que quiere decir que durante los tres primeros semestres el consumo de alcohol es menor en los estudiantes.

En la tabla número 7 se puede observar que la significancia es menor que el alpha, esto quiere decir que existen diferencias significativas es el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de acuerdo a los semestres que se encuentren cursando.

Tabla 7. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al semestre

Sig	Alpha	Resultado
0.004	<	Significativo

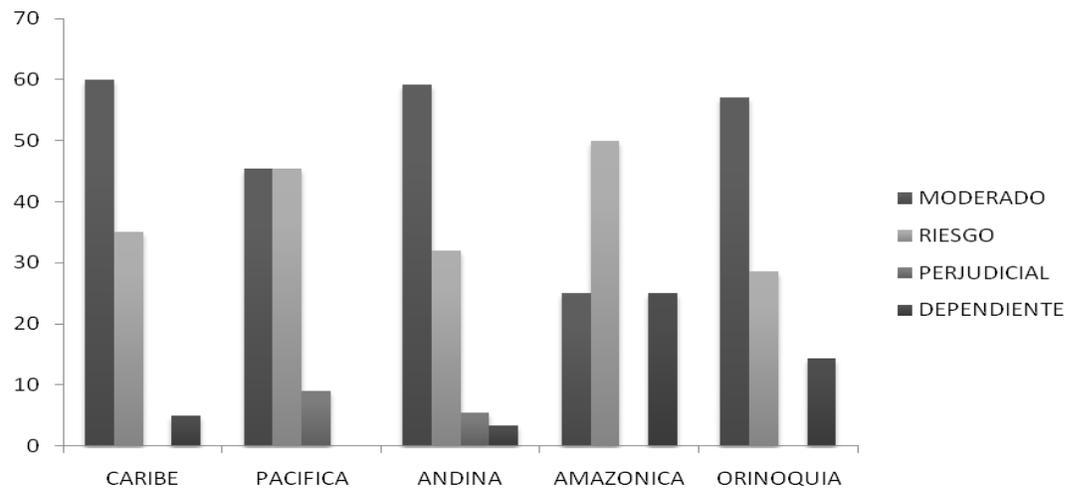


Figura 14. Nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de acuerdo al lugar de procedencia

En cuanto a los lugares de procedencia se encontró que las cinco regiones identificadas durante el estudio evidencian un porcentaje alto de consumo de alcohol a nivel moderado, observando la descripción del consumo específicamente en la región amazónica se encuentra que esta ocupa el menor porcentaje en cuanto a consumo moderado, pero el mayor en cuanto a consumo de riesgo y dependiente, aunque no se evidencia consumo perjudicial. La región pacífica a pesar de que aparece reportando un consumo de riesgo significativo y el mayor en cuanto a consumo perjudicial no presenta consumo dependiente, esto quiere decir que en esta región el consumo de alcohol no ha evolucionado a un nivel excesivamente problemático. Por otra parte, se puede

observar que la única región donde los cuatro niveles de consumo se encuentran presente es en la Andina.

La tabla 8 muestra que la significancia es mayor que el alpha, por lo cual se interpreta que no existen diferencias significativas en el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes en cuanto a lugar de procedencia, esto quiere decir que el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes de la universidad de San Buenaventura sede Bogotá no se encuentra determinado por las regiones de las que provengan los estudiantes.

Tabla 8. Diferencias en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo al lugar de procedencia

Sig		Alpha	Resultado
0.55	>	0.05	No Significativo

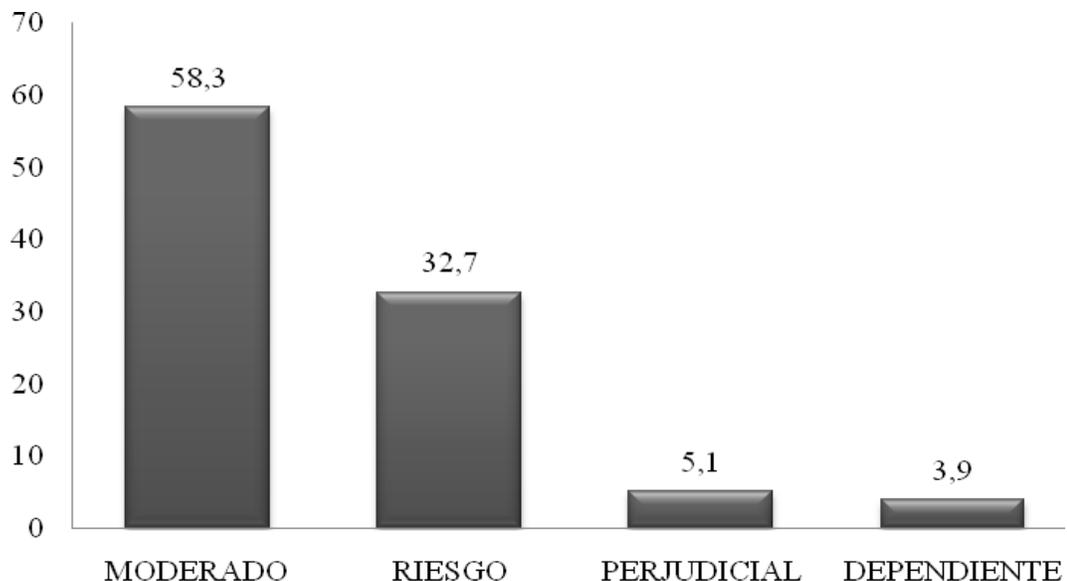


Figura 15. Distribución porcentual del consumo general de los estudiantes.

La figura muestra cómo se encuentra distribuido el consumo de alcohol en la población en general en términos de la clasificación que se hace en el

AUDIT. Se encuentra que un poco más de la mitad de la población total de estudio consume alcohol de manera moderada (58.3%, correspondientes a 196 personas), el 32.7 % (110 personas) presentan un consumo de riesgo, el 5.1% un consumo perjudicial (17 personas y el 3.9% de la población evidencia consumo dependiente (13 personas). Estos resultados muestran que a pesar de que la mayoría de los estudiantes evidencian un consumo moderado de alcohol, existe un porcentaje alto de estudiantes que se encuentran en riesgo de desarrollar un consumo problemático o dependiente de alcohol.

Discusión

Los resultados de la presente investigación, permiten observar que algunos de estos hallazgos se encuentran respaldados por teorías e investigaciones en las cuales se reporta un patrón de consumo similar de alcohol, se encuentra también, que en otros casos los resultados se alejan de los aportes teóricos aquí planteados. Con el fin de aclarar estas similitudes y discrepancias se realiza un contraste con los resultados en algunos países. Además se analizara la interpretación de los resultados a nivel de cada una de las variables de estudio para finalizar concluyendo aspectos importantes encontrados durante el proceso.

De acuerdo con los porcentajes de consumo de alcohol reportados en países como España, Estados Unidos, México y Colombia se observa que el consumo de alcohol es un fenómeno que tiene alta prevalencia y que cada vez inicia a edades más tempranas; se encuentra que los porcentajes reportados en cada uno de estos países sobrepasan el 50 % de la población, comprometiendo en algunos casos como en España y Colombia a más del 75%. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia solo un 14% de la población no consume alcohol, lo cual es una cifra baja en comparación con aquellos que llevan a cabo el comportamiento de consumir (86%). Al respecto, es importante tener en cuenta que el estudio se realizó con personas comprendidas entre las edades de 12 a 65 años, por lo tanto un porcentaje de ese 86% que consume alcohol corresponde a preadolescentes.

Los resultados de la presente investigación, muestran que el consumo general de alcohol en la población estudiada se distribuyó de la siguiente manera: un 58.3% evidencia consumo moderado, un 32.7 % consumo de riesgo, el 5.1% consumo perjudicial y el 3.9% consumo dependiente. Al comparar estos resultados con investigaciones realizadas en el país se encuentra que el consumo de alcohol tiende a comportarse de manera similar en cuanto a niveles se refiere, para tal comparación se debe tener presente que los niveles moderado y de riesgo indican un consumo no problemático de alcohol pero que hacen a la persona vulnerable a desarrollarlo, mientras que las

categorías perjudicial y dependiente indican que la persona ya experimenta dificultades en sus diferentes áreas de ajuste (personal, familiar, laboral, académico, social), por lo cual, este consumo de alcohol se considera como problemático de acuerdo a las ideas de Pérez citado por Gantiva y Cols. (2010). A partir de las consideraciones anteriores, según este estudio un 91% de la población presenta un consumo normal, mientras que el 9 % restante consume de manera problemática o anormal.

Investigadores como Rodríguez (1997), Pérez (2000) y el Programa Presidencial RUMBOS (2002); desarrollaron estudios en los cuales muestran que en Colombia más del 80% de la población consume alcohol y entre el 5% y el 10% puede considerarse como alcohólica. Estos resultados muestran porcentajes similares con los encontrados aquí, las diferencias radican en que en estos estudios el consumo normal es 11% menor, mientras que la diferencia en el consumo problemático entre un grupo y otro no se puede estimar de manera precisa ya que se ofrece un valor aproximado del tipo de consumo que coincide con el porcentaje indicado en este estudio.

Al comparar los resultados con el estudio de Flórez (2003), quien reporta un consumo normal en 94.9% de la población y perjudicial en el 5.1% se encuentra que sigue existiendo una tendencia porcentual similar en el comportamiento del consumo. La misma tendencia se encuentra cuando se observan los resultados en comparación con la investigación realizada por Londoño y Valencia (2008), en donde se reporta que el 91% de la población presenta un consumo normal de alcohol quedando el 9 % restante en el consumo denominado problemático.

Como se puede evidenciar, al establecer estas comparaciones el consumo de alcohol en Colombia muestra una tendencia en la cual alrededor del 90% de la población consume alcohol de manera normal, esta cifra es importante teniendo en cuenta que las personas que se enmarcan en este grupo presentan una vulnerabilidad que podría desencadenar en un consumo problemático de alcohol sobre todo en aquellas personas que en los diferentes estudios son denominadas como de riesgo. Por otra parte, el consumo anormal

o problemático abarca a más o menos el 10 % de la población Colombiana lo que quiere decir que este porcentaje de personas experimenta dificultades cuando ingiere alcohol, lo que puede resultar en problemas de salud, pues según Rumbos (2001), las estadísticas Colombianas reportan que la sustancia que más genera tratamientos de urgencias en clínicas u hospitales es el alcohol.

Otras de las dificultades que pueden experimentar se encuentran a nivel de: bajo rendimiento escolar (Perez y Scopetta 2008), ideas, intentos o llevar a cabo un suicidio (National Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002), accidentes vehiculares (Fondo de prevención Vial, 2006), involucrarse o ser víctima de crímenes violentos, abuso sexual, asalto, robos entre otros ((Cicua, Méndez y Muñoz, 2008).

Por otra parte, los resultados anteriores también muestran que se presenta un aumento en el consumo, es decir, que cada vez mayor número de personas llevan a cabo este comportamiento, pues los primeros estudios relacionados en esta investigación mostraban que el consumo normal entre los años 1999 y 2002 se encontraba presente en 80% de la población, mientras que en este estudio se encuentra que el 91% de la población consume alcohol. Lo anterior lleva a pensar que con el tiempo aquellas personas que no consumían alcohol se han involucrado en esta conducta, lo cual podría ser el caso de los adolescentes quienes según Rumbos (2001), inician su consumo a temprana edad, en promedio entre 10 y 14 años en reuniones familiares; lo que sucede en gran parte debido a la amplia aceptación que tiene el alcohol en la sociedad, al fácil acceso al mismo debido a ser una sustancia psicoactiva legal, por lo cual su comercialización en el ámbito de medios de comunicación es bastante amplia y sus restricciones de consumo, aunque existentes, son poco difundidas.

El resultado de las comparaciones establecidas anteriormente también hacen entender que el consumo general de alcohol de la población Colombiana se encuentra mediado por unas expectativas positivas frente al consumo de alcohol ya que más del 50% de la población manifiesta consumir o haber

consumido alcohol, al respecto, existe acuerdo entre autores como Grube y Agostinelli (1999), Becoña (2000), Bandura (2001) y Quigley, Corbett y Tedeshi, (2002), en afirmar que la repetición de este comportamiento se encuentra mediado por las expectativas y por los resultados que la persona experimenta en la práctica del mismo. Es decir, si la persona experimenta consecuencias que para él son negativas no volverá a consumir, pero si por el contrario experimenta consecuencias positivas su consumo no solo se repetirá sino que aumentará de manera considerable con el paso del tiempo.

Este aumento en el consumo de alcohol podría encontrarse mediado por aquello que se ha denominado como factores asociados al consumo, entre los cuales se encuentra: la madurez biológica temprana Deardorff y Cols (2005), la exposición a programas y comerciales en los cuales el consumo de alcohol aparece de la mano con imágenes atrayentes para la persona Miller (2005), los lugares donde se permite que el comportamiento se llevado a cabo El Tiempo (2006), la influencia de los amigos Donovan (2004), y de manera general Según Gil otros factores de riesgos importantes a considerar son: la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el tiempo libre, la carencia de habilidades para tomar decisiones, los rasgos de extraversión y la búsqueda de sensaciones nuevas (Saiz, 1999, citado por Gil, 2008).

De acuerdo también con los resultados se encuentra, que al analizar los factores individuales que involucran el comportamiento de consumir alcohol se deben considerar dos aspectos importantes que aun no han sido mencionados en esta discusión, los cuales son: la susceptibilidad a la experimentación, lo que en este caso podría estar relacionado con el inicio de la vida universitaria y la neuroadaptación a la sustancia ya que el consumo excesivo de alcohol genera tolerancia (Crabbe, 2001 como se citó en Gantiva, 2006).

Por otra parte, en la descripción de los resultados se indican aspectos importantes en torno al comportamiento de consumir alcohol y las diferentes variables que se han mencionado durante la investigación. En algunos casos se encuentra suficiente información sobre todo en las variables edad y género, mientras que en otras como programa, facultad, semestre y procedencia la

información es limitada, encontrándose para esta última variable información general en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia realizado en el 2008. A continuación se presenta lo observado en torno a cada una de estas variables.

De acuerdo con los resultados se encontró que la edad de los participantes oscila entre los 16 y 41 años, lo que quiere decir que el comportamiento de consumir alcohol en la universidad se evidencia desde que la persona llega a la institución o que podrían traer el patrón de consumo desde el colegio; esto es importante ya que la teoría señala que en el ámbito universitario y social en general, el consumo de alcohol especialmente en los jóvenes, es considerablemente alto y comienza a muy temprana edad, (Rumbos, 2001), aunque vale la pena aclarar que no existen datos certeros de que la persona adquirió el patrón de consumo en la universidad o lo traía desde el colegio, por lo cual, se recomienda realizar investigaciones con el objetivo de identificar en qué ambiente la persona empezó a consumir la sustancia.

En cuanto a los grupos de edades los resultados muestran que no existen diferencias significativas en el nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la edad, es decir, los niveles de consumo de alcohol entre un grupo y otro no son diferentes, la única diferencia importante que se encuentra radica en que no hay consumo dependiente en el grupo número dos, lo que indica que las personas que se encuentran en el rango de 25 a 41 años no presentan un consumo dependiente de alcohol mientras que los que se encuentran en el rango de 16 a 24 si presentan dicho consumo. Al respecto, se sugiere realizar investigaciones donde estos grupos de edad sean comparados entre sí, es decir, que permitan establecer si al interior de cada uno de los niveles de consumo existen diferencias significativas entre un grupo y otro.

Este mayor porcentaje de consumo dependiente en los mas jóvenes puede estar justificado por lo que señalan autores como Hingson, Heeren y Winter (2006) y Cicua, Méndez y Muñoz (2008), quienes afirman que los adolescentes tienden a implicarse en conductas de riesgo para sus vidas y las de otros de manera mas frecuente ya que por la invulnerabilidad que perciben

ante los riesgos se exponen mucho más, la ocurrencia de estos riesgos aumentan si los adolescentes se encuentran bajo los efectos del alcohol. Algunos de estos riesgos además del mismo hecho de consumir alcohol de manera problemática implican exponerse a accidentes, conducta delictiva y otros problemas asociados ante los cuales el adolescente cree tener el control.

De acuerdo con lo anterior Gil-Verona, Pastor, Paz, Barbosa, Macías, Maniega, Ramirez, & Cañizares (2003), señalan que el sistema dopaminérgico juega un papel importante en los efectos que tiene el alcohol en la conducta, ya que el alcohol genera en las personas dependientes fisiológicamente un mecanismo hiposensitivo que hace que esta disminuya su respuesta ante los peligros y la desaprobación social conduciéndolo así a una búsqueda de emociones fuertes que le permita tener sensaciones placenteras, lo que se relaciona también con mecanismos cerebrales encargados de la recompensa, el refuerzo y la motivación.

De la misma manera Ratsma, Van Der Stelt, y Gunning (2002) señalan que el aumento en los receptores GABA en la corteza y en el giro frontal superior hacen que las zonas de la corteza prefrontal encargadas de procesos de control social se inhiban creando un efecto inicial de desinhibición en la conducta que se confunde con efectos característicos de las sustancias estimulantes, las cuales hacen en muchos casos que el adolescente se ponga en peligro por el nivel de consumo de alcohol bajo el que se encuentra al transformarse estos efectos en somnolencia y relajación. Al respecto, el Fondo de prevención Vial (2006), Señala que en el 2005 murieron 989 jóvenes entre los 13 y 24 años en accidentes de tránsito y otros 8.396 quedaron heridos.

Los resultados mostrados anteriormente coinciden con lo reportado en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2008), en donde se reporta que en términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, seguido se encuentra el grupo de 25 a 34 años, este estudio concluye que la diferencia en el consumo de alcohol entre estos dos grupos no es distintiva, pero si son estadísticamente significativas al ser comparadas con otros grupos de edad donde

evidentemente el consumo de alcohol es menor.

Por otra parte, se encuentra también una contradicción con este estudio ya que en la tabla 21 del Estudio Nacional, a nivel de consumo riesgoso o perjudicial, se observa que el mayor porcentaje lo ocupan los jóvenes de 18 a 24 años; mientras que lo encontrado en esta investigación sugiere que el consumo riesgoso es mayor en el grupo dos y el consumo perjudiciales es igual en los dos grupos, en este sentido los aportes teóricos relacionados con este fenómeno resultan contradictorios con lo encontrado en esta investigación, aunque hay que resaltar que el análisis que se hace arriba radica en que no se encontró consumo dependiente en el grupo dos mientras que en el grupo uno sí.

En cuanto al género se encuentran resultados que apoyan la idea de que el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres; así por ejemplo, las encuestas de México realizadas durante los años 1990, 1993 y 1998 mostraban que el consumo de alcohol era significativamente mayor en hombres que en mujeres, lo cual había sido la tendencia de este comportamiento hasta ese momento.

También, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia durante el 2008 se encontró que el consumo de alcohol sigue siendo mayor en hombres que en mujeres con una diferencia del 11%, se observa entonces que el porcentaje tiende a disminuir ya que con el paso del tiempo se han encontrado numerosas investigaciones que muestran que las mujeres se involucran cada vez más en este comportamiento, siendo reportado en algunos casos un mayor porcentaje de consumo en las mujeres que en los hombres, como en el caso de la investigación realizada por Gantiva y Cols. (2010) en la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá. Al respecto en la presente investigación se encuentra que el consumo de alcohol moderado en mujeres es mayor que en los hombres con una diferencia de 20,7%, el consumo de riesgo es un 14% más bajo en mujeres que en hombres y en el consumo perjudicial solo un 1% diferencia a los dos géneros, lo que indica que existen diferencias significativas en el consumo de alcohol partiendo de si se es

hombre o mujer con una tendencia a aumentar el consumo en las mujeres a pesar de que sigan ocupando el segundo puesto.

Estos datos muestran entonces, como el género femenino ha ido aumentando el consumo a lo largo de los años, ratificando la teoría según Deardorff, Gonzales, Christopher, Roosa y Millsap (2005), donde asocia la madurez biológica con el consumo de alcohol especialmente en el desarrollo de las niñas, ya que en su búsqueda de atraer al sexo opuesto, las amistades mayores y la disponibilidad del licor en los sitios frecuentados, están en mayor riesgo de consumir alcohol.

En cuanto al nivel socio económico en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia durante el 2008 se encuentra que el mayor porcentaje de consumo se presenta en los estratos cinco y seis seguido se encuentra el estrato cuatro; en términos de frecuencia el menor consumo se reporto en el estrato uno. Se encuentra que aunque el consumo es más alto en los estratos cinco y seis el consumo de riesgo o perjudicial es mayor en estratos uno y dos. Lo encontrado en la presente investigación difiere de los datos mostrados anteriormente, ya que se encuentra que a nivel de consumo moderado existe un mayor porcentaje de consumidores en los estratos uno y dos, a nivel de consumo de riesgo el porcentaje es mayor en estratos cinco y seis y menor en estratos tres y cuatro; a nivel de consumo perjudicial el consumo es mayor en los estratos cinco y seis y menor en los estratos uno y dos y en el nivel de consumo dependiente el mayor porcentaje de consumo se encuentra en los estratos altos mientras que no se reporta éste nivel de consumo en los estratos bajos.

En cuanto al lugar de procedencia se encuentra que no existe información específica que permita contrastar los resultados de este estudio, ya que no se encuentran en los soportes teóricos y empíricos cifras que describan el consumo a nivel de regiones, mas sin embargo, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2008) revela algunas cifras del comportamiento del consumo de alcohol en cuanto a dominio

departamental en donde se encuentra que el consumo a nivel de riesgo y perjudicial es mayor en ciudades como Córdoba, Chocó, la Guajira, Nariño y Sucre, mientras que el consumo más bajo se reporta en ciudades como: Cali, Yumbo, Caldas Huila, Meta, Risaralda y Santander. Estas cifras sugieren que el consumo más alto se encuentra en las costas del país (Pacífico y Atlántico), mientras que el consumo más bajo se encuentra en la zona centro, es decir, el área andina.

Los resultados de la presente investigación en cuanto a procedencia señalan que la región amazónica ocupa el mayor porcentaje de consumo riesgoso y dependiente aunque no evidencia consumo perjudicial; la región pacífica a pesar de que reporta un consumo de riesgo significativo y el mayor en cuanto a consumo perjudicial no presenta consumo dependiente, esto quiere decir que en esta región el consumo de alcohol no ha evolucionado a un nivel excesivamente problemático. La única región donde los cuatro niveles de consumo se encuentran presentes es en la Andina. Estos resultados sugieren que el comportamiento del consumo de alcohol reportado difiere con el Estudio Nacional.

En cuanto a las variables facultad, programa y semestre no se encuentra información que permita comparar los resultados, de cualquier manera se sugiere que se realicen investigaciones contemplando este tipo de variables ya que resulta importante conocer el consumo de alcohol al interior de la universidad, pues los resultados aquí mostrados indican que existen diferencias significativas en el consumo de alcohol cuando se analiza teniendo en cuenta las facultades existentes, los programas y los semestres que cursan los estudiantes. Otro aspecto importante radica en que se tiene la creencia de que el consumo de alcohol es mayor en facultades como ingenierías cuyos estudiantes aparentemente evidencian un mayor consumo de alcohol, cuando estos resultados muestran que el consumo problemático es mayor en facultades como psicología de quienes se esperaría que el consumo fuera menor ya que en esta profesión se hace un análisis detallado de la persona humana y la normalidad y anormalidad de la conducta.

Conclusiones

Se encuentran diferencias en la denominación que se hace de los diferentes niveles de consumo de alcohol entre las investigaciones, lo cual sucede por los diferentes instrumentos de medición que se utilizan para esta labor, por lo cual se recomienda que al momento de interpretar la información se tenga en cuenta la clasificación realizada por Pérez citado por Gantiva y Cols. (2010) donde se hace una descripción clara de los niveles de consumo en términos de normalidad y anormalidad.

Los estudios muestran que más del 75% de la población consume alcohol lo que se reporta todas las investigaciones relacionadas en este estudio.

El consumo de alcohol en Colombia muestra una tendencia en la cual más o menos el 90% de la población consume de manera normal, porcentaje del cual alrededor del 30 al 35% se encuentra en riesgo de evolucionar a un consumo problemático o perjudicial; el 10% de la población consume alcohol de manera problemática encontrándose en algunos casos dependencia a la sustancia.

Cuando se analiza el consumo de alcohol a partir de grupos de edades, se encuentra que el grupo que involucra a los adolescentes reporta un mayor porcentaje de consumo, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas entre adolescentes y adultos jóvenes, no se descarta la posibilidad de que se encuentren diferencias con otros grupos de edades. Por lo que se recomienda realizar investigaciones comparativas entre adolescentes y otros grupos.

En cuanto al género, el mayor porcentaje de consumo lo siguen ocupando los hombres, pero existe una tendencia en las mujeres a implicarse cada vez más en este comportamiento.

En los estratos socioeconómicos en los cuales se reporta mayor consumo problemático de alcohol son el cinco y seis.

Existe poca evidencia que describa el consumo de alcohol de los universitarios en cuanto a facultades programas y semestres se refiere.

Existe poca información que describa la distribución del consumo de alcohol de acuerdo a las regiones del país, por lo que se recurre a realizar comparaciones a partir de los dominios departamentales. En cuanto a este punto se sugiere que además de identificar las regiones se de la opción de que la persona pueda plasmar su ciudad de origen con el fin de realizar un análisis mas detallado en cuanto a esta variable se refiere.

Finalmente se sugiere el desarrollo de programas de prevención y promoción de estilos de vida saludable en cuanto a consumo de alcohol que sean implementados en el ámbito universitario, teniendo en cuenta los resultados encontrados en cada una de las variables de este estudio.

Referencias

- Abrams, D & Niura R. (1987). *Social learning theory of alcohol use and abuse*. Estados Unidos: Guilford Press.
- Ahumada, G. (2003). *Encuestas Nacionales sobre consumo de alcohol en jóvenes*: Argentina: Sedronar.
- Alejo, H. (2006). *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios*. Colombia: VESPA INPEC UNIFICADO.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statical manual of mental disorders*. Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Publication manual of the American Psychological Association, 5th edition*. Estados Unidos: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. España: Espasa-Calpe
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción: fundamentos Sociales*. España: Martínez roca.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*; 52, 1-26
- Becoña, E. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional de Drogas*. Universidad Santiago de Compostela: Servi-cio de Publicaciones e Intercambio de la Universidad de Compostela.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. España.
- Boletín Epidemiológico Distrital. Semanas 25 a 36 / 20 de junio a 11 de septiembre de 2004 / ISSN 0123-8590 Volumen 9, Números 7, 8 y 9.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaria de Salud.

- Bríñez, J. (1998). Asociación entre el esquema cognoscitivo y las reacciones conductuales en consumidores de Sustancias Psicoactivas. *Acta Colombiana de psicología*, 1, 21-40.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en Universitarios: Relación Funcional con los Factores Sociodemográficos, las Expectativas y la Ansiedad Social: *Acta Colombiana de Psicología*, 13,91-119.
- Cicua, D. Mendez, M & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento psicológico*, 4,11,115-134.
- Congreso de Colombia (2006). Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Recuperado de la pagina <http://www.colpsic.info/resources/Ley1090-06.pdf> el día 03 de Mayo de 2011.
- Cooper, S.E. (1999). Changing the campus drinking culture: An initiator- catalyst consultation approach. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51 (3), 160-169.
- Costa, L. (1998). Signal transduction in environmental neurotoxicity. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 38: 21-43.
- Crabbe, J. (2002). Genetic contribution to addiction. *Annual Review of Psychology*. 53: 435-462.
- Cruzado, J. (1998). *Técnicas de modelado en labrador, F, Cruzado, J & Muñoz, M (Eds), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp 594-627) España: Pirámide.*
- Deardorff, J. Gonzales, N. Christopher, S. Roosa, M. & Millsap, R. (2005). Early Puberty and Adolescent Pregnancy: The Influence of Alcohol Use. *Pediatrics*, 116, 6, 1451 – 145.

- Dipardo, R. (1993): «Los patrones socioculturales de alcoholización en México», *JANO*, 44, pp. 1521-1533.
- Donovan, J. (2004). Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of Adolescent Health*, 35, 6, 529.e7-529.e18.
- El Tiempo (2006). La Policía encontró mil menores en dos 'chiquitecas' de Suba y selló los establecimientos.
- Estruch, R. (2002): «Efectos del alcohol en la fisiología humana», *Adicciones*, 14, 1, 43-61.
- Flórez, L. (2003). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA-PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: Evaluación de etapas y de variables intermediarias. *Acta Colombiana de Psicología*, 009, 83-104.
- Flores, F. Rodríguez, L & Guszman, F. (2006). Consumo de alcohol y características demográficas de usuarios de salas de urgencias de Tamaulipas México: SMAD: *Revista electrónica de salud mental, alcohol y drogas*, 2,001, 1-14.
- Fondo de prevención Vial. (2006). <http://fonprevial.org.co/index.php?op=info&idC=3>
- Gantiva, C. Bello, J., Vanegas, E. & Sastoque, Y. (2010). Relación entre consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, en prensa.
- Gantiva, C. Gomez, C & Florez, L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, 012, 38-48.
- Gantiva, C. (2006). Intervenciones de la entrevista motivacional asociadas a un aumento en la disponibilidad al cambio en personas que consumen alcohol abusivamente.

- Gil, J. Pastor, J. Paz, F. Barbosa, M. Macías, J. Maniega, M. Gonzalez, L. & Cañizares, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*. 36(4): 361-365.
- Gil, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 34b, 291-313
- Golberg, J.H., Halpern-Felsher, B. Y Millstein, S. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescent's decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21(5), 477-484.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas*. España. Debate, S.A.
- Grube, J.W. y Angostinelli, G.E. (1999). Perceived consequences and adolescent drinking: Nonlinear and interactive models of alcohol expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (4), 303-312.
- Halguin, R. & Krauss, S. (2009). *Trastornos relacionados con las sustancias. Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. España: Mc Graw Hill.
- Henry, K. Slater, M. & Oetting, E. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of Changes in Risk Taking, Perceived Harm and Friends' Alcohol Use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 66, 275 – 28
- Hewitt, N. Ramírez, C. (2004). *Factores cognoscitivos de los padres relacionados con la co-ocurrencia entre el consumo de alcohol y el maltrato físico a los hijos*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Católica de Colombia
- Hingson R.W., Heeren, T., y Winter, M.R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 739-746.
- Irwin, G. Sarason, B & Sarason (2006). *Psicopatología, Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.

- Labouvie, E. (1986). Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress. *International Journal of the Addictions*, 21, 333-345.
- Londoño, C. y Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios: *Acta Colombiana de psicología*, 11,001, 155-162.
- Lowery, J. (1980). *Soap and booze in the afternoon*, Journal studies on alcohol.
- Maher, J. (1997). Exploring alcohol's effects on liver function. *Alcohol Health & Research World*, 21, 5-12. (Cap. 11).
- Mainous, A., Martin, C., Oler, M., Richardson, E. y Haney, A. (1996). Substance use among adolescents: Fulfilling a need state. *Adolescence*, 31, 307-815.
- Maisto, S. Connors, G & Dearing, R. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. México: Manual moderno.
- Miller, K. (2005). Adolescent Exposure to Magazine Alcohol Advertising. *American Family Physician*, 158, 629-34
- Ministerio de la Protección Social & LA Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Colombia: Guadalupe S.A.
- National Substance Abuse and Mental Health Services Administration (NHSDA, 2002). *Substance Use and the Risk of Suicide Among Youths*. Rockville, M
- Organización mundial de la salud (1992): *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización mundial de la Salud (1993). *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. España: OMS.
- Organización mundial de la salud. (OMS 2004). La dependencia en sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias,

recuperado el 1 de abril, 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Recuperado el 22 Abril, 2010, de <http://www.who.int/whr/2004/es/>

Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas*. Programa RUMBOS. Bogotá, Presidencia de la República.

Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas manual para la familia*. Programa RUMBOS. Bogotá, Presidencia de la República.

Peréz, A., y Caballería, J. (2002): «Patología orgánica», *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 155-173.

Perez, A y Escoppetta, O. (2008). Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años 7 en capitales de departamentos y dos municipios pequeños. Programa Rumbos de la Presidencia de la República.

Quigley, B.M., Corbett, A.B. y Tedeschi, J.T. (2002). Desired image of power alcohol expectancies, and alcohol related aggression. *Psychology of Addictive Behavior*, 16, 318-324.

Ramos, V. y Sánchez, J. M. (2001). *¿Qué piensan los estudiantes sobre el consumo de alcohol?. Campaña Invierte en tí*. Universidad Javeriana – Fondo de Preven-ción Vial.

Ratsma, J., Van Der Stelet, O., & Gunning, W. (2002). Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans. *Alcohol and Alcoholism*. 37(6): 522-533.

Rodríguez, E. (1997). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996*. Bogotá: Editorial Carrera 7ª.

Rotter, J.B (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement* . Psychological Monograph.

- RUMBOS. (2001). Observatorio Colombiano sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado en abril de 2010 de [http:// www. occsp.gov.co](http://www.occsp.gov.co).
- RUMBOS, (2001) Programa Presidencial contra la Droga. Encuesta nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 24 AÑOS de edad. Bogotá.
- RUMBOS (2002). Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: Presidencia de la República.
- Sánchez, P. (2008) *Psicología Clínica*. México: Manual moderno
- Secretaria de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*. México 1993. México, D.F: SSA. 1994: 34-38.
- Secretaria de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones. México 1998*. México, D.F: SSA. 1999: 12-18.
- Secretaria de Salud de Bogotá. (2001). *Sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar*. SIVIM. Bogotá, D.C.
- Tapia, R. Medina, M. Sepúlveda, J. De la Fuente, J & Kumate, J. La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Pública*. México 1990: 32: 507-522.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2007). World Drug Report. United States: Unite Nations Publications.
- Vallejo, N. (1998). *Aspectos Tóxicos de la Drogodependencia*. Argentina: Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha Contra el Narcotráfico.
- Vera, L. Gantiva, C. (2010). Adaptación para población universitaria colombiana del Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Universidad de San Buenaventura Sede Bogotá.
- Wei-Zhu, Volkow, N., Ma, Y., Fowler, J., & Wang, G. (2004). Relationship beetwen ethanol-induced changes in brain regional metabolism and its

motor, behavioural and cognitive effects. *Alcohol and Alcoholism* 39(1): 53-58.

APENDICES

APENDICE 1

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL Marque con una (X) el número que mejor represente su respuesta	
<p>1. ¿Con qué frecuencia, consume una bebida alcohólica? (0) Nunca [Pase a las Preguntas 9 – 10]</p> <p>(1) Una vez al mes o menos. (2) 2 a 4 veces al mes. (3) 2 a 3 veces a la semana. (4) 4 o más veces a la semana.</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, ha necesitado un primer trago en la mañana para empezar el día, después de haber bebido mucho? (0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) Diariamente o casi diariamente.</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente en un día cuando bebe? (0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7, 8, ó 9 (4) 10 ó más.</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, se ha sentido culpable o con remordimiento después de beber? (0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) Diariamente o casi diariamente.</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia, consume seis o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión? (0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) Diariamente o casi diariamente.</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, le ha sido imposible recordar lo que sucedió la noche anterior, por haber estado bebiendo? (0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) Diariamente o casi diariamente.</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, le ha sucedido que no puede detenerse después de empezar a beber? (0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) Diariamente o casi diariamente.</p>	<p>9. ¿Usted, o alguien más, ha resultado lesionado como consecuencia de su consumo de bebidas alcohólicas? (0) No. (2) Sí, pero no en el último año. (4) Sí, durante el último año.</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, ha dejado de hacer lo que normalmente se esperaba de usted, debido a la bebida? (0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) Diariamente o casi diariamente.</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha manifestado preocupación por su nivel de consumo, o le han sugerido disminuirlo? (0) No. (2) Sí, pero no en el último año. (4) Sí, durante el último año.</p>

APENDICE 2

FORMATO DE DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTA

A continuación encontrará una serie de preguntas a las cuales usted debe responder de acuerdo a las instrucciones. Por favor recuerde suministrar la información que se le pide a continuación:

Edad: _____ Genero: M__ F__ Nivel socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__

Universidad: _____ Privada: _____ Publica: _____

Facultad: _____ Programa: _____ Semestre: _____

Procedencia/Regiones:

Caribe____ Pacífica____ Andina____ Amazónica____ Orinoquia____

APENDICE 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA
SALUD

CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN ESTUDIANTES DE LA UNI-
VERSIDAD SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTA

(Consentimiento Informado)

La presente investigación tiene por objetivo describir el consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de la Universidad San Buenaventura sede Bogotá. Los datos obtenidos son confidenciales y anónimos, solo serán utilizados con fines investigativos. Ninguna de las respuestas que usted dé le traerá consecuencias negativas personales, académicas o laborales.

Por lo anterior, acepto responder honestamente la siguiente encuesta.

Fecha: ___/___/___

Firma