



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERFIL DE CREENCIAS SOBRE EL CONSUMO DE  
ALCOHOL Y DROGAS EN UNA MUESTRA DE PASANTES DE  
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNAM. 2010.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JOSÉ FAUSTO ESPINOSA GARCÍA

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO  
ASESOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

**Gracias a la vida por darme la oportunidad de ser y hacer lo que me gusta**

**A mis padres Jorge Espinoza y Josefina García (†) gracias por darme la vida, brindarme todo su apoyo, confianza, dedicación, amor y estar siempre conmigo en cada uno de los momentos de mi vida. Mil gracias por aguantarme sin reprocharme nada ni esperar nada a cambio ¡LOS AMO PADRES!**

A mi hermana Vanessa gracias por estar conmigo, brindarme toda tu confianza y paciencia en los momentos buenos y malos a lo largo de estos años. TQM.

A mis tíos: Colu y Rodolfo que han sido como unos segundos padres para mí, muchas gracias por la confianza y apoyo que siempre me han dado en cada momento.

Mario, Magda, Dul, Osva, Mayra gracias por darme la oportunidad de estar con ustedes y proporcionarme su apoyo y confianza en el tiempo que pasamos juntos.

A la **UNAM** por darme la oportunidad de ser parte de ella y poder realizar mi formación profesional y conocer a grandes amigos y profesionistas:

Dra. Arcelia mil gracias por sus consejos, enseñanzas y el apoyo que me dio para la elaboración de este trabajo.

Dra. Conchita, Dr. Jesús Díaz de León, Dra. Góngora, Dra. Alba: muchas gracias por sus consejos, apoyo y la amistad que me dieron.

A todos mis amigos del 15 VIP: *"Nos queremos solo divertir, aunque tengamos que repetir..."*

Elba, Abraham, Claudia, Naye, Stef, Pam, Chinos, Juan Manuel, Xoch, David, Tipo, Mili ...gracias por sus consejos y los momentos que pasamos juntos en la Facultad, nunca los olvidare. ¿ *En la muela? Chhoorroo!!*

Miri y Lupe: a mis eternas confidentes muchas gracias por haberlas conocido y poder estar con ustedes en cada uno de los momentos buenos y malos que vivimos en este tiempo. Las Q 1 Ch... *¡Lo que es lo que es, fashion!*

Carlos y Jorge: mis amigos de miles de aventuras muchas gracias por aguantarme y estar conmigo en tantas cosas, gracias por sus consejos y echarme la mano en muchas ocasiones nunca los olvidare...! *Vamos por una, en puntas ;*

A muchas personas que creyeron y no en mi MUCHAS GRACIAS por ser parte de mi entorno y estar conmigo: Carlitos, Chuy, Coco, Jorgito, Chino, Miguel, Tíos: Sergio y Petra, Abuelo José, a los de la Venus, Yus, Taza, Geovanni, Din, Mayra, Marisol, Rulis, Zarath, Daniel ,Luis Gerardo, Miriam, Mike(†) .

**Por mi raza hablara el espíritu**

## **INDICE**

|                               | Página |
|-------------------------------|--------|
| 1. INTRODUCCIÓN               | 5      |
| 2. ANTECEDENTES               | 7      |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 22     |
| 4. JUSTIFICACIÓN              | 23     |
| 5. OBJETIVOS                  | 24     |
| 1.1 General                   |        |
| 2.2 Específicos               |        |
| 6. METODOLOGÍA                | 25     |
| 6.1 Material y método         |        |
| 6.2 Tipo de estudio           |        |
| 6.3 Población de estudio      |        |
| 6.4 Muestra                   |        |
| 6.5 Criterios de inclusión    |        |
| 6.6 Variables de estudio      |        |
| 7. Resultados                 | 27     |
| 8. Conclusiones               | 35     |
| 9. Referencias Bibliográficas | 36     |

# 1. INTRODUCCIÓN

---

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

El inicio al uso de sustancias ocurre en su mayor parte durante la adolescencia y juventud temprana, pudiendo ser explicado como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje.

Para nadie es ajeno que la juventud está expuesta a diferentes factores de riesgo como desarmonía familiar, búsqueda de identidad imitando patrones de conducta promovidos en ocasiones por anuncios publicitarios y películas. Tanto el uso de sustancias lícitas como ilícitas puede ser visto como una manera viable de alcanzar una posición de bienestar sin tener que hacer demasiado esfuerzo y esto resulta atractivo por lo que conocer las creencias que tienen los jóvenes es una de las estrategias más viables para enfrentar el evento. La sociedad actual presenta un cierto grado de alcoholización debido a la gran difusión de las bebidas y se han publicado estudios que han demostrado una relación positiva entre el consumo y la incidencia de problemas relacionados con el alcohol.

Desde la infancia, los condicionamientos sociales hacen del alcohol una sustancia fácilmente accesible que facilitan el uso y el abuso de esta sustancia.

La influencia del entorno sociocultural que se traduce en modelos de creencias, marca la pauta para el consumo de alcohol y de algunas drogas, la creencia que se controlan las tensiones explica porqué muchas personas beben con el fin de reducir los estados de estrés y ansiedad a que se ven sometidos. Sin embargo, varios estudios han demostrado que el efecto que produce el consumo de alcohol sobre el estrés y otros estados emocionales no parece consistente, por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo determinar el perfil de creencias y actitudes sobre consumo de alcohol y drogas en una muestra de pasantes de la Facultad de Odontología. UNAM. 2010.

## 2. ANTECEDENTES

---

Dos factores primordiales influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud, primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad debe sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias y segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) percibidas a la acción preventiva.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como *"un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia"* y esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol.

Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como *"el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas"*.



Esta definición acabo por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias. Así pues, ha habido otros intentos de definir la psicología de la salud que revisaremos a continuación.

- Gatchell y Baum (1983), lo define como disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.
- Bloom (1988), estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad.
- Sarafino (1990), Campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.
- Carboles (1993), Campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad. .
- Simón (1993), confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología

básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

- Marks (1995), la aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma.
- Taylor (1995), campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y como responden cuando están enfermos.

## **Modelos en la Psicología de la Salud**

Los modelos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas y son cuatro:

1. Modelo Cognitivo – Social
2. El Modelo de Creencias en Salud
3. La Teoría de Acción Razonado (planeada)
4. Modelo de Reducción de Riesgo
5. Modelo Transteórico del Cambio Conductual
6. El Modelo Integrativo:

**1. Modelo Cognitivo – Social** : da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia reciproca entre ellos. Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de "expectativa de autoeficacia", esto es, las creencias relacionaron la habilidad que uno

tiene para ejecutar una conducta determinada, y de "expectativa de resultado", que se refiere a la creencia que la conducta puede producir los cambios deseados.

**2. El Modelo de Creencias en Salud:** se basa en la noción que el

cambio hacia conducta saludables está guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la "expectativa de valor", esto es, las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

**2. La Teoría de Acción Razonado (planeada):** explica que la

mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por si solo puede explicar conductas preventivas.

**4. Modelo de Reducción de Riesgo:** Las intervenciones conocidas como

de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando la percepción de autoeficacia, intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo.

**5. Modelo Transteórico del Cambio Conductual:** se focaliza en las

condiciones que hacen posible el cambio. La observación de individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresen de manera de una manera gradual, continua y a través de un proceso dinámico.

**6. El Modelo Integrativo:** intenta integrar la psicología de la salud con la

salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología.<sup>2-5</sup>

## **MODELO DE CREENCIAS, ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN**

El modelo de creencias fue desarrollado aproximadamente hacia 1950 por un grupo de psicólogos estadounidense y surge a partir de la necesidad de encontrar respuestas a toda una serie de problemas principalmente relacionados con la educación para la salud y la prevención de enfermedades y para entender la razón por la que los individuos realizan actividades riesgosas.

Al inicio de la década de los 50`s el Modelo de Creencias de Salud, se avocó a la prevención, el modelo intentaba explicar la conducta de salud de los sujetos sanos y 25 años después el Modelo de Creencias de Salud se aplicó también a las personas enfermas.

Las creencias son tipos de conducta verbal transmitida de generación a generación y que se han adquirido a lo largo de la historia conductual del

sujeto. En el ámbito de la Psicología de la Salud, se entenderán las creencias de salud como relaciones populares dadas entre conductas generadas socialmente, por tanto será necesario atender, no sólo a las conductas de salud que lleva acabo el sujeto o a las creencias que manifiesta tener, sino también, y lo que es más importante, a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas.

El Modelo de Creencias de Salud ha orientado a diferentes investigaciones en el contexto de los trastornos cardiacos, consumo de tabaco y drogas, sida, salud bucodental, cáncer de pulmón y hepatitis, por mencionar algunas<sup>6</sup> enfocadas desde la dimensión de la promoción de la salud y posteriormente enfocada para explicar conductas a nivel individual ante ciertos síntomas de enfermedad y se basa en tres premisas:

1. la creencia -o percepción- de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
2. la creencia -o percepción- de que uno es vulnerable a ese problema
3. la creencia -o percepción- de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

### **1. Percepción de importancia**

Ciertos estudios han demostrado que la creencia de que la tecnología moderna va a ser capaz de encontrar pronto una cura para el VIH/Sida, tiene una correlación directa con la práctica de comportamientos de riesgo



Algo que puede, o podrá, curarse no supone un grave riesgo y, por tanto, no merece una gran consideración preventiva ("si esto no es grave, no hago nada para evitarlo"). En otras palabras, la percepción de la gravedad del proceso tiene relación con el subsecuente comportamiento.

## **2. Percepción de susceptibilidad o riesgo**

Estudios con adolescentes han concluido que ciertos individuos que realizan comportamientos favorecedores de la transmisión del VIH -como coito sin protección- no se perciben como en mayor riesgo de contraer Sida que otros que no realizan semejantes acciones:



Otros estudios han descubierto que individuos que piensan que han estado expuestos al VIH pero que sus "especiales características personales" han evitado su contagio o eliminado el virus de su organismo, tienen más tendencia a continuar practicando conductas de riesgo que aquellos que creen que no han estado expuestos al virus o que podrían ya estar infectados con el VIH.

Es decir, la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. Dicha percepción puede estar relacionada, por ejemplo, con la idea que uno tiene ***de su pareja y de lo que significa fidelidad -o monogamia; de la edad; de la tendencia sexual; de la autoimagen; de factores culturales, educativos e intelectuales;*** etc.

### **3. Percepción de coste-beneficio**

Además de la percepción de gravedad y riesgo, el individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Dado que en ciertos grupos de nuestra sociedad actual el beneficio de no seguir un comportamiento de riesgo pudiera ser visto como anormal e incluso producir críticas que lleven a la discriminación o marginación, la percepción de un positivo coste-beneficio puede resultar difícil en determinadas circunstancias.

UNA EXPERIENCIA LOCAL DE TRANSFORMACIÓN  
Sanar Educando

Esto puede resultar especialmente cierto en jóvenes adolescentes, donde el temor a la presión del grupo puede ser un importante condicionante de ciertos comportamientos. El temor a las críticas por no aprovechar la oportunidad de, por ejemplo un contacto sexual, puede parecer un mayor coste que el supuesto beneficio de la abstinencia. Igualmente, la negociación, ya sea en una pareja estable o en un contacto esporádico, de la utilización de barreras protectoras o prácticas preventivas de sexo seguro puede ocasionar situaciones tensas que pueden percibirse como de mayor costo en comparación con el beneficio, sobre todo si no se percibe un gran riesgo en un contacto aislado.

### **Alcoholismo y drogadicción**

La creencia más compartida entre los diferentes grupos de adolescentes y jóvenes, tiene que ver con la asociación, según su opinión, entre el consumo de alcohol y las "consecuencias positivas" que este proporciona. Entre estas destacan, según ellos indican, una potenciación de la actividad psico-física (alegría, euforia, superación de la timidez y retraimiento, mejoría del estado de ánimo, etc.), posibilidad de diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consumen.

En la medida que el alcohol proporciona a los jóvenes una serie de efectos o consecuencias positivas, y el joven los interpreta como un beneficio, dichos efectos se convierten en motivos de consumo. La juventud, como regla general, no asocia el consumo de alcohol con los problemas que de él pueden derivarse, ellos esperan del alcohol



cambios positivos globales (facilitador de expresividad emocional, desinhibidor y potenciador de las relaciones sociales, etc.), y a la vez no creen que dicha sustancia tenga consecuencias negativas, influyendo considerablemente en un mayor consumo durante el fin de semana, donde las relaciones interpersonales se intensifican. Por eso anticipar los "efectos positivos" y no las verdaderas consecuencias negativas, conlleva a que se produzca un mayor consumo social.

Esta consideración positiva hacia el alcohol, hace que se considere al mismo como una droga socialmente aceptada y de amplia difusión, lo que hace que los adolescentes, en un amplio porcentaje, no valoren el alcohol como una droga y no consideren su consumo como puerta de entrada hacia la adicción a otras drogas, sin embargo hay varios estudios que demuestran todo lo contrario y según los cuales es muy poco frecuente el uso de cocaína o heroína, sin haber consumido anteriormente tabaco, alcohol o cannabis.<sup>8</sup>

### **Publicidad y consumo**

En este sentido, algunos tipos de anuncios contra el alcohol pueden resultar contraproducentes, sugiere un estudio de EE. UU.

Los investigadores entrevistaron a más de 1,200 estudiantes universitarios tras mostrarles anuncios que usaban la culpa o la vergüenza para advertir contra el uso de alcohol.

Ese tipo de anuncios podría en realidad desencadenar un mecanismo de afrontamiento instintivo que permite a las personas que los ven distanciarse de las consecuencias nocivas y potencialmente letales de la bebida descontrolada, según encontraron los investigadores. En otras palabras, la

gente cree que esas consecuencias sólo les suceden a otras personas y, como resultado de ello, podrían beber incluso más alcohol.

“Los anuncios son capaces de generar sentimientos tan desagradables que buscamos eliminarlos por cualquier medio posible”, advirtió en un comunicado de prensa de la universidad Adam Duhachek, profesor de marketing de la Facultad de negocios Kelley de la Universidad de Indiana, y coautor del estudio. “Esta motivación es suficientemente potente como para convencernos de que somos inmunes a ciertos riesgos”.

El impacto negativo no intencionado de los anuncios que usan la culpa y la vergüenza para intentar modificar la conducta también puede ocurrir en otras campañas relacionadas con la salud, como tratar de que la gente deje de fumar o que se proteja contra las enfermedades de transmisión sexual, añadió.

“Las comunidades de salud pública y marketing gastan un esfuerzo y un capital considerables en estas campañas, pero hace mucho sospechan que son menos eficaces de lo esperado”, anotó Duhachek. “Pero la situación es peor que el desperdicio de dinero o esfuerzo. Estos anuncios podrían, en última instancia, hacer más daño que bien, porque tienen el potencial de provocar más de la conducta que intentan prevenir”.

Sugirió que los anuncios de salud pública que señalan las consecuencias graves de una conducta deben incluir mensajes de empoderamiento, como proveer estrategias para que la gente tome control sobre su consumo de alcohol.

“Si se va a comunicar un escenario aterrador, hay que suavizarlo con la idea de que es evitable”, apuntó Duhacheck. “Es mejor usar la zanahoria junto al palo”.<sup>9</sup>

En México se realizó una encuesta probabilística en hogares para estimar la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas lícitas e ilícitas; identificar actitudes y valores, factores de riesgo y problemas asociados al consumo de sustancias adictivas en la población de 12 a 65 años de edad, residente de las zonas urbanas del país. Esta encuesta forma parte del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud (SENS) su diseño muestra parte del Marco Muestral Maestro del SENS y permite obtener información representativa de la población nacional y para siete regiones. En la elaboración del cuestionario se utilizaron los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), validados para México. Se levantaron 13 005 entrevistas, 96.7 por ciento completas y 2.6 por ciento de rechazos. En el grupo de 12 a 17 años, el 32 por ciento de los hombres y el 23 por ciento de las mujeres ya refieren consumir bebidas alcohólicas. El grupo de edad donde se encuentra la mayor proporción de hombres bebedores frecuentes es de 30 a 39 años, con 36.3 por ciento; en las mujeres, el 34.0 por ciento de las bebedoras frecuentes se localizan entre los 40 y los 49 años. Se encontró que el seis por ciento de la población general de 18 a 65 años es dependiente del alcohol. Si contemplamos sexos, encontramos un 12.5 por ciento para los hombres y menos del uno por ciento para las mujeres. La población fumadora alcanza el 26 por ciento del total, con un 38.3 por ciento para los hombres y 14.4 para las mujeres. El 42.4 por ciento de los fumadores tiene de 18 a 29 años. Entre los fumadores cotidianos, el 17 por ciento se consideró como dependiente del cigarrillo. Sólo el 4.8 por ciento de la población refiere haber consumido algún tipo de droga al menos en una ocasión, siendo el grupo de los hombres de 12 a 34 años de edad el más afectado por el uso de drogas (8.5%). Los usuarios activos en el último año fueron 2.1 por ciento y en el último mes, la proporción de usuarios activos fue menor de uno por ciento. La droga más utilizada fue la marihuana con uno por ciento, en segundo lugar los

tranquilizantes (0.4%) y en tercero los inhalantes con 026 por ciento. La droga de mayor consumo para el sexo masculino fue la mariguana y para el femenino los estimulantes. La mayor parte de las drogas ilícitas se obtuvo, por primera vez, a través de algún amigo o conocido y en la propia casa.<sup>10</sup>

En términos de disminución del consumo de alcohol y drogas en México, con un aumento de menos del 1% entre 2002 y 2008, el consumo de drogas ilegales no ha crecido igual que en países como Estados Unidos o en Europa, sin embargo, el de cocaína se duplicó al pasar de 1.2% a 2.4% en ese periodo, así lo demostró la V Encuesta Nacional de Adicciones, que presentó el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos.

Este crecimiento en el número de usuarios de cocaína se debe a los cambios de ruta del mercado de drogas y el reforzamiento de las medidas de seguridad en las fronteras norte y sur del país, que propician un incremento de disponibilidad de sustancias al interior, además la encuesta, que por primera vez contiene datos por estado, muestra una disminución en general del consumo de tabaco, al pasar de 26.4% a 20.4% entre 2002 y 2008, aunque prevalece el inicio precoz y mayor prevalencia entre jóvenes.

El principal problema es el consumo de bebidas alcohólicas en grandes cantidades por ocasión y la dependencia que afecta a 4.2 millones de individuos, lo que aumenta la posibilidad de dependencia y de daño a la salud, ya que se relaciona con 9% de las causas de mortalidad general, sobre todo por accidentes, cirrosis hepática y violencia intrafamiliar.

El consumo de drogas ilegales y médicas no prescritas en la población mexicana, rural y urbana de 12 a 65 años aumentó menos de 1% entre 2002 y 2008, al pasar de 5% a 5.7%, sobre todo en la región sur y centro del país.

Estas sustancias afectan más a los hombres que a las mujeres, con una proporción de cinco a uno.

Las adicciones son un problema delicado cuyo incremento no es alarmante, sin embargo, se debe actuar ante la probabilidad de que un niño que fuma o bebe se aproxime a experimentar drogas ilegales.

Para combatir esta situación, el gobierno federal enfrenta sin tregua ni concesiones al crimen organizado que, afectando la vida de miles de personas en el país, propicia la existencia de una oferta criminal de drogas ilegales.

En materia de salud se impulsa una política de reducción de la demanda, complementaria a las acciones de combate a la oferta, mediante la operación de 329 Centros de Atención a las Adicciones “Nueva Vida”, donde laboran más de mil 200 especialistas, que se unen a los 110 Centros de Integración Juvenil y más de 400 Centros civiles y privados, conformando la red más grande del mundo.

En colaboración con la Secretaría de Educación Pública, el DIF y sistemas estatales, se realiza un tamizaje para detectar de forma oportuna a los jóvenes que empiezan a usar drogas. De acuerdo con los datos de la Encuesta, es necesario reforzar el conocimiento que la población en general y, sobre todo las familias, deben tener respecto del potencial daño a los jóvenes, quienes están más expuestos, más si no asisten a la escuela, viven fuera de sus hogares o conviven con sujetos consumidores.

La familia juega un importante papel en la prevención, así como en el reforzamiento de los programas encaminados a lograr que las personas con problemas de consumo se acerquen a tratamiento a cualquiera de las unidades.

Finalmente, comentó la ventaja de esta Encuesta en la facilidad de contar con datos estatales, que servirán para impulsar políticas públicas específicas en función de las necesidades y patrón de comportamiento de las distintas drogas en cada entidad federativa.

Al referirse a bebidas alcohólicas, la directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría, María Elena Medina Mora, subrayó que su consumo incrementa la posibilidad de ingerir drogas ilegales y su inicio a edades tempranas también eleva el riesgo de dependencia y un pronóstico menos favorable, por lo que se debe impulsar la política global que protege a los adolescentes no sólo del consumo de tabaco, sino del alcohol.

La encuesta se aplicó en más de 50 mil hogares, en personas de 12 a 65 años y sus resultados establecen diferencias entre entidades y comunidades rurales y urbanas.<sup>11</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Se asume que la juventud es un factor de riesgo para la adopción de patrones de conducta debido a que hay otros factores como la insatisfacción económica y social, problemas familiares y algunos psicológicos como lo es la autoestima reducida y grados de depresión, factores relacionados con problemas familiares.

Todos ellos de igual forma los jóvenes manifiestan cambios conductuales para ser aceptados en redes sociales que exigen patrones los que , en muchos casos los jóvenes no han sido formados.

Dentro de los cambios conductuales nocivos están el consumo de alcohol y drogas que al conocimiento de todos inducen a un problema pues a este consumo no solo se manifiesta a nivel social sino que afecta la salud en general y sobre todo tiene manifestaciones a nivel bucal como cáncer , enfermedad periodontal y presencia de lesiones por mencionar algunas.

La aceptación o rechazo por parte de su red social, familiar o médica perfilada por creencias son un severo problema en el concepto de la prevención por lo que nos lleva a investigar

***¿Cuáles son las causas más frecuentes que refieren una muestra de adolescentes para el consumo de alcohol y drogas y las creencias más comunes que estos tienen ante dicha problemática? .***

## **4. JUSTIFICACIÓN**

---

El conocimiento de la prevalencia del consumo de alcohol y drogas a través del Modelo de Creencias permitió, por un lado conocer las razones sociales y familiares que llevan a una muestra de estudiantes universitarios a realizar estas prácticas, identificar las razones más importantes que argumentan y cual es la actitud que tienen frente a estas variables y por el otro lado, conocer que solución proponen por parte de la Universidad.



## **5. OBJETIVOS**

---

### **5.1 GENERAL**

Determinar el perfil de creencias y actitudes sobre consumo de alcohol y drogas en una muestra de pasantes de la Facultad de Odontología. UNAM. 2010.

### **5.2 ESPECIFICOS**

1. Determinar el perfil de creencias sobre consumo d alcohol y drogas
2. Identificar las razones que los encuestados tienen para consumir alcohol.
3. Identificar a la proporción de pasantes que están riesgo de consumo de alcohol y drogas.
4. Determinar la actitud que los encuestados tienen frente a los consumidores de alcohol y droga.
5. Determinar las alteraciones a nivel bucal que los encuestados mencionan como efecto del alcohol y drogas.

## **6. METODOLOGÍA**

---

### **6.1 MATERIAL Y MÉTODO**

En el presente trabajo se aplicó una encuesta que constaba de 27 preguntas a una muestra de 81 pasantes de Odontología inscritos en la 44<sup>a</sup>. Promoción de Seminario de Titulación 2010.

En dicha encuesta se les pregunto acerca del conocimiento que tienen sobre el consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes, así como del medio en el que estos se desenvuelven y las consecuencias que esto trae a nivel bucal. La encuesta se realizo de forma grupal en la cual cada uno expresaba sus ideas y puntos de vista pues las preguntas eran abiertas a sus respuestas.

La encuesta se aplicó por un mismo encuestador a los pasan reunidos en el auditorio de la Clínica Periférica Padierna de la FO, la información se analizó con el apoyo del programa Excel y se presentan los resultados en términos de distribuciones porcentuales.

### **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal

### **6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pasantes de de la Carrera de Cirujano Dentista

### **6.4 MUESTRA**

81 pasantes de ambos sexos

### **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ✓ Pasantes que deseen contestar el cuestionario

- ✓ Que estén inscritos en el Seminario de Titulación

#### **6.6 VARIABLE DE ESTUDIO:**

- Creencias sobre consumo de alcohol y drogas

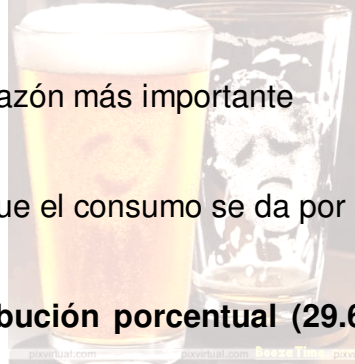
## 7. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 81 individuos de los cuales 65 % correspondió al género femenino y el 35 % al masculino, los resultados obtenidos acerca del modelo de creencias sobre consumo de alcohol y drogas tienen los encuestados evidencian lo siguiente:

**¿Porque razón crees que los adolescentes consumen alcohol y se drogan respectivamente ?**

**Respecto al alcohol la mayor proporción de los encuestados (28.75%) respondieron:**

1. que la socialización y la moda eran la razón más importante
2. por imitación respondieron 22.22 %
3. mientras que solo el 8.6 % menciona que el consumo se da por diversión.



**Respecto al consumo de drogas la distribución porcentual (29.62 %) pone casi en el mismo lugar a 3 razones:**

1. Experimentar y probar.
2. Debido a problemas.
3. Falta de atención e información.



**Llama la atención que los respondientes en relación al alcohol emitieron respuestas como:**

1. " Para sentirse grandes ".
2. Autoestima.
3. Evadir la realidad.
4. Por influencia social.

**Respecto al consumo de drogas emitieron razones como:**



1. Falta de comunicación familiar.
2. Problemas.
3. Experimentar.
4. Imitar.

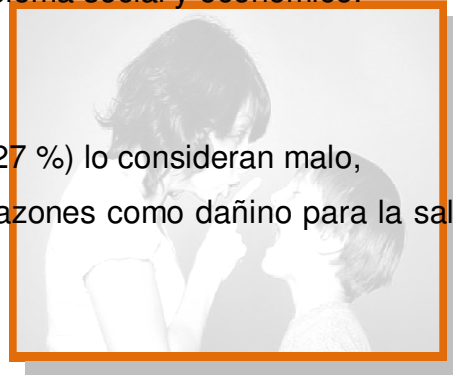
## ¿Cómo consideras al consumo de alcohol y drogas?

### **Respecto al alcohol, hay que poner atención:**

1. que más de la cuarta parte de los encuestados lo consideran normal
2. solo el 6.17 % lo considera un grave problema social y económico.

### **En lo que respecta al consumo de droga:**

1. más de la mitad de los encuestados (59.27 %) lo consideran malo,
2. pero argumentan en menor proporción razones como dañino para la salud, mal hábito e irresponsabilidad.



## ¿Cómo consideras a las personas que consumen alcohol o se drogan?

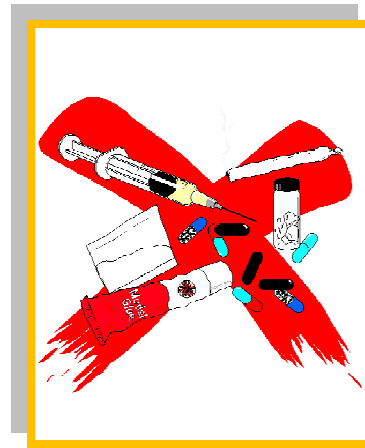
### **Respecto al alcohol:**

1. El 27.16% de los encuestados consideran que las personas que consumen alcohol tienen problemas
2. el 19.75 % de los que respondieron que era normal.



**Ahora bien respecto al consumo de drogas:**

1. el 34% los consideran desubicados.
2. que necesitan atención, asistencia y que son adictos ya enfermos.



**3 razones por las que rechazan al que consume alcohol y drogas respectivamente**

**La 3 primeras razones que argumentan los encuestados al rechazar al que consume alcohol:**

1. que son impertinentes
2. su comportamiento es inadecuado
3. porque huelen mal , el 25.25 %menciono no rechazarlos.

**Respecto a las razones que argumentan para rechazar el consumo de drogas:**

1. Tienen comportamiento inadecuado ( 45.67%)
2. por seguridad, miedo (16%)
3. irresponsabilidad e inconciencia (16 %)

### 3 razones por las que aceptas al que consume alcohol y drogas

**Dentro de las 3 razones que mencionan para la aceptación de las personas consumidoras de alcohol:**

1. 14.81% aceptan a las personas que se controlan
2. 14.81% socializar
3. 13.58% "son mas amigables"
4. solo el 16 % menciona no aceptarlo.



**Las 3 primeras razones que argumentaron a los que consumen drogas.**

1. 24.69% menciona no rechazarlos sin especificar otras razones
2. 9.87 % menciona que por ayudarlos,
3. 53.08% menciona que no los aceptan.

### ¿Qué grupo social tiene mayor tendencia a consumir alcohol y drogas respectivamente?

**Las respuestas acerca de que grupo social tiene mayor tendencia a consumir alcohol y drogas difieren por el tipo de consumo.**

Mientras que el 22.22% menciona que los adolescentes son el grupo social que tienen mayor tendencia al consumo de alcohol el 27.16% cree que el grupo de bajos recursos tienen más riesgo.

En el cuadro 1 se mencionan las personas que en el entorno familiar y social tienen consumo de alcohol y drogas, se observó ue los gran proporción de los padres son consumidores de alcohol.

| <b>Cuadro 1</b>                            |          |             |
|--|----------|-------------|
| <b>Entorno familiar y social</b>           |          |             |
| <b>Quien de tu familia consume drogas</b>  |          |             |
| Un tío                                     | Nadie    | No contestó |
| 16%  | 82%      | 16%         |
| <b>Quien de tu familia consume alcohol</b> |          |             |
| Mi papá                                    | Yo       | Mis primos  |
| 66%  | 36%      | 24%         |
| <b>Quien de tu entorno consume drogas</b>  |          |             |
| Amigos                                     | Mi novia | Mi hermano  |
| 3%   | 1%       | 2%          |
| <b>Quien de tu entorno consume alcohol</b> |          |             |
| Mis amigos                                 | Mi novio | No contestó |
| 78%  | 12%      | 16%         |

*Fuente: directa*

*un mismo individuo emitió más de una respuesta\**

En el cuadro 2 se registran las opiniones sobre el sexo/drogas/alcohol, la mayor proporción de encuestados menciona su rechazo



| Cuadro 2<br>sexo/alcohol/drogas    |                     |                    |                   |
|------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| ¿Qué opinas del sexo y el alcohol? | No se llevan<br>34% | No me gusta<br>79% | Bueno<br>1%       |
| ¿Qué opinas del sexo y las drogas? | No me gusta<br>90%  | Bueno<br>1%        | No contestó<br>4% |

Fuente: directa

un mismo individuo emitió más de una respuesta\*

### Consumo de alcohol y drogas en mujeres



Respecto al consumo de alcohol y drogas por parte de las mujeres el 89% rechaza este evento y solo el 11% no ve problema debido a las siguientes respuestas:

Existe igualdad de derechos

No veo problema, tienen derecho

Si se controlan pueden hacerlo

¿Qué puede hacer tu facultad para apoyar en este problema a sus alumnos?



Las propuestas giraron alrededor de:

Diseñar programas de ayuda para controlar el problema

Crear una oficina de apoyo y orientación

### Consumo de drogas y alcohol por parte de los alumnos.

Al cuestionárseles el consumo personal se observó que alarmantemente que el 33% consume alcohol y de éste 33% solo el 14% recibe ayuda de sus padres, el resto de padres no lo saben.

Respecto al consumo de drogas, el 4% lo hace y de esta proporción de alumnos el 99% de sus padres no lo saben(Cuadro 3)

| <b>Cuadro 3</b>                                 |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Consumo personal y actitud de los padres</b> |                                  |
| <b>Consumo alcohol</b><br>33%                   | <b>No consumo alcohol</b><br>67% |
| <b>Actitud de mis padres</b>                    |                                  |
| <b>Me apoyan y ayudan</b><br>14%                | <b>No lo saben</b><br>86%        |
| <b>Consumo drogas</b><br>4%                     | <b>No consumo drogas</b><br>96%  |
| <b>Actitud de mis padres</b>                    |                                  |
| <b>Me apoyan y ayudan</b><br>1%                 | <b>No lo saben</b><br>99%        |

## CONCLUSIONES

---

El problema que en la actualidad enfrentan los jóvenes mexicanos en lo que respecta al consumo de drogas y alcohol ha aumentado considerablemente en los últimos años debido a los estándares de vida que han planteado. La influencia de los medios de comunicación ha sido parte fundamental para que esta problemática siga en aumento, pues la mayoría de las personas consumidoras entran a este círculo vicioso por imitar una moda y poder pertenecer a grupos sociales creados por los mismos jóvenes en los cuales el abuso del alcohol y las drogas son la principal razón para poder estar en ellos. Dentro de la forma en la cual ven el problema de las drogas es importante señalar que varios de estas personas recurren a ellas por problemas psicológicos que enfrentan y una notable parte sin duda es los conflictos que muchos jóvenes tienen en casa, pues a pesar de que la drogadicción es un mal actual muchos de los padres de familia son indiferentes ante esta problemática, y buscan solucionar este problema culpando a las instituciones de educación. Es importante resaltar que la forma que tanto padres como jóvenes ven este mal social es algo normal dentro de su entorno pero también es marginado y juzgado duramente sin llegar a encontrar una solución en conjunto ya que la falta de comunicación que existe entre ambos es la barrera que hace que juntos se encuentre una mejor forma de llevar este mal a un bienestar común para cada persona y a la sociedad mexicana actual.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Fishbein B, Janz B. page 3 in Developing Effective Behavior Change Interventions, Fishbein M, Univ of Illinois.
2. Luzoro J. (1999) Psicología de la Salud. Chile, Bravo Allende
3. Simon, M. (1999) Manual de Psicología de la Salud. Madrid, ed. Biblioteca Nueva.
4. Roales J. (2004) Psicología de la Salud. Madrid, ed. Pirámide.
5. Ugalde B. (1998) Conferencia sobre Tendencias de la psicología de la salud en el tercer milenio. Universidad de Concepción . BA.
6. Moreno SP y col., El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud, International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 3, No.1, 2003.
7. Rev. Esp. Salud Publica v.71 n.4 Madrid Jul./Ago. 1997
8. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry No. 3 , 7/04.
9. <http://healthfinder.gov>
10. Tapia R, Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente JR, Kumate J. Salud Pública Méx 1990; Vol. 32(5):507-522
11. Dirección General de Comunicación Social. Secretaría de Salud, (SALUD).