



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL ÍNDICE DE PROBLEMAS DE ALCOHOL RUTGERS (IPAR) EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N:**

**CRUZ GUZMÁN STEFANNY**

**GARNICA MONTOYA ANGÉLICA**

**DIRECTOR: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA**

**REVISOR: DR. ALBERTO J. CÓRDOVA ALCARAZ**

**COMITÉ: LIC. NOEMI BARRAGÁN TORRES**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ**



**Facultad  
de Psicología**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# DEDICATORIAS

*Cuando un sueño se hace realidad no solo se le atribuye al empeño que pongamos en realizarlo. Detrás de cada sueño siempre hay personas que nos apoyan y que creen en nosotros. Son seres especiales que nos animan a seguir adelante en nuestros proyectos, brindándonos, de diferentes maneras, su apoyo incondicional. Es por eso que este trabajo se lo dedico a las siguientes personas.*

## ***A mis Padres***

Por darme la vida, una maravillosa formación, por brindarme todo su apoyo, su ternura y todo su amor. Gracias por guiar mi vida con energía y hacer de mí gran parte de lo que soy ahora. Y Gracias por contagiarme de sus mayores fortalezas.

***A ti papá:*** por ser el mejor padre que me pudo haber tocado, un hombre fuerte, tenaz, luchador e inigualable, te agradezco infinitamente porque de ti he aprendido que en esta vida hay que ser noble y bondadoso y que todo aquello que nosotros brindemos a otras personas, si lo damos y hacemos de corazón se multiplicará; gracias por enseñarme que nunca debo decir “no puedo” antes de haberlo intentado, gracias por enseñarme a ser responsable y luchar por mis ideales TE AMO PAPI.

***A ti mamá:*** por ser la mejor madre del mundo, una mujer como ninguna, fuerte, perseverante, paciente. De grande quiero ser como tú. Mami gracias por dejar en claro que siempre contaremos con tu apoyo, no como una amiga si no como una madre a la cual le interesa el bienestar de cada miembro de su familia, de ti he aprendido a ser perseverante pues me has enseñado, a luchar por cada una de las metas que me proponga, esto sin importar las adversidades que se atraviesen, gracias por enseñarme que antes de actuar es conveniente razonar y no actuar por impulsividad y sobre todo te agradezco que siempre has estado ahí apoyándome de manera incondicional, no tengo manera de agradecerte cada consejo tuyo y todo el amor que me has dado TE AMO MAMI.

Me cuesta trabajo describir y plasmar el amor infinito que les tengo, pero simple y sencillamente agradezco la mejor herencia que me han podido dar, mi carrea profesional, los admiro, respeto y amo con todo mi ser.

### ***A mis hermanas Cristina y Mariana:***

Hay una frase de Pam Brown que dice: Una hermana: peleas y fastidios, secretos susurrados al oído, sobornos, golpes, cosas prestadas, cosas rotas, besos y arrumacos, sorpresas, defensas y consuelos, sencillamente Brazos abiertos. Eso son ustedes para mí y sin duda agradezco a la vida por permitirme contar con ustedes como hermanas las amo.

***A ti Cristina:*** gracias por ser mi confidente, mi amiga y sobre todo mi hermana, tu y yo somos como Quijote y Sancho Panza yo con mis alucines y locura y tu siempre ahí conmigo en las buenas y malas, apoyándome y respetando siempre mis decisiones, gracias por permitirme convivir contigo de una manera que solo tú y yo sabemos y sobre todo por hacer de cada una de las aventuras que hemos pasado juntas experiencias inolvidables.

***A ti Mariana:*** por ser mi pequeña confidente, gracias por tu cariño y por apoyarme cuando lo he necesitado, simplemente gracias por ser mi hermana y por hacer de cada convivencia experiencias especiales. Quiero que sepas que siempre estaré ahí para ti, no importa el problema, ni el dolor, ni el paso de los años, siempre podrás contar conmigo.

### ***A mis grandes amigas y amigos Sthefanny, Dulce y Luis Gerardo***

***Fanny:*** amiga enserio me faltan palabras para agradecerte tantas cosas, primero mil gracias por estos años de amistad incondicional, en los cuales me has permitido compartir momentos agradables y otros no tanto, por ser para mí otra hermana más y mi principal confidente, en verdad te agradezco infinitamente que cuando más necesite de ti, estuviste siempre ahí con una palabra de aliento, apoyando, orientando, regañando, pero siempre ahí para mí. Gracias por la comprensión y la paciencia que me has tenido y sobre todo gracias por querer compartir conmigo esta experiencia de la titulación. Te quiero mucho...

***Dulce:*** te agradezco estos casi 8 años de amistad, en los cuales han existido momentos inolvidables y muy significativos en mi vida, mil gracias por apoyarme cuando más lo he necesitado y por inyectarme de energía con esa personalidad tan fuerte, sarcástica, relajada y avante ante cualquier situación, en verdad la manera en que vez la vida y disfrutas de ella es digna de toda mi admiración y respeto. Te quiero mucho y espero conservar esta amistad por el resto de mi vida.

***Luis:*** gracias por permitirme convivir contigo a lo largo de la carrera y por volverte un confidente más en mi vida. Gracias por los consejos que me has dado y que me han sido de gran utilidad. Dile al Dr. Pantov que igual agradezco sus consejos (debo admitir que creo que tu eres ese doctor tan afamado). Gracias por esos momentos en los cuales no paré de reír por tus comentarios tan elocuentes, llenos de pensamientos psicópatas, pero con tintes de ternura Te quiero...

### ***A mis primos***

***Christian, Vanessa, Flia, Laura, Marco Antonio, Ulises, Pedrito y Harumi:*** a ustedes primos les agradezco su apoyo incondicional y los momentos tan maravillosos que he pasado a su lado, momentos que jamás olvidaré y que han marcado mi vida para siempre espero que esta convivencia tan maravillosa que hay entre nosotros sea siempre igual los Quiero mucho. Vane a ti en especial te agradezco que hayas hecho un espacio en tu agenda para apoyarnos en las aplicaciones que se realizaron para poder desarrollar parte sustancial de este trabajo mil gracias.

Por último quiero agradecer a aquellas personas especiales con las que he vivido experiencias inolvidables, personas que estuvieron conmigo a lo largo de mi carrera, preocupándose y apoyándome en cada momento, siempre haciéndolo de manera incondicional.

***ANGIE***

# DEDICATORIAS

## *At mi Madre:*

Por ser mi mayor inspiración, porque a través de tu gran apoyo y sabiduría me mantuve de pie cuando todo parecía muy difícil. No voy a dedicarte este trabajo porque también es tuyo, es reflejo de todo lo que has trabajado para darme lo mejor, por cuidarme, aconsejarme, consentirme y acompañarme en todo momento. Quiero agradecerte infinitamente todo lo que has hecho por mí y reiterarte mi admiración, mi respeto y el gran amor que te tengo. Eres una excelente persona y para mí la mejor mami del universo. Te amo.

## *At mi Padre:*

Porque a través de tu ausencia me has enseñado a madurar y a ser más fuerte. Te he extrañado demasiado en todo este tiempo, pero gracias a los consejos y a todo lo que me enseñaste en vida, he llegado a cumplir la promesa que te hice. Con mucho orgullo te dedico este trabajo y no sabes cuanto desearía que estuvieras aquí compartiendo este momento, abrazarte y agradecerte que siempre quisiste e hiciste lo mejor para nosotros. Te amo.

## *At mi tia Amparo:*

Quiero agradecerle al calor que siempre he recibido en su hogar, donde he adquirido valores, atenciones, apapachos, consejos y bienestar, los cuales han influido mucho en mi crecimiento y formación. Tengo el orgullo de decirle que este trabajo también le pertenece por estar conmigo cuando más

lo necesite, en verdad espero algún día poder agradecerle más allá de las palabras todo lo que ha hecho por mí. La amo.

### ***A mis Hermanos Oscar y Javier:***

Sus enseñanzas, gustos, consejos, valores y apapachos han sido un gran pilar para mi formación personal y profesional. Ustedes son mi más grande impulso para ser mejor cada día, para disfrutar lo que tengo y para esforzarme en lo que quiero. Con mucha admiración y respeto les dedico este trabajo, podría decirles tantas cosas pero finalmente, todo se resume a que los amo demasiado.

### ***A mis Hermanos – Primos:***

***Mary:*** Madre, extraño demasiado el confort de tu compañía, la alegría que me transmitías y de los consejos que me dabas. Te agradezco porque siempre confiaste en mi capacidad para lograr mis metas y con mucha satisfacción te dedico este trabajo, desearía también que estuvieras aquí y abrazarte demasiado fuerte. Te quiero mucho, no sabes cuanta falta me haces.

***Claudia, Eduardo, Rick, Lucy y Yuri:*** Ustedes son muy importantes en mi vida, principalmente, a lo largo de éste camino. No tengo más que agradecerles por su apoyo incondicional, por sus consejos y sus atenciones. Su compañía siempre es muy confortante, recuerden que los quiero mucho y que les dedico este trabajo con todo mi cariño y respeto.

***A mis amigos:***

***Angie:*** Amiga, siempre ha sido un placer trabajar contigo, principalmente en este proyecto. Simplemente quiero darte las gracias por enseñarme tantas cosas a lo largo de este camino, por apoyarme siempre que te necesito y por reconfortarme cuando lo requiero. También quiero agradecerle a toda tu familia por tratarme siempre con mucha calidez y hacerme sentir parte de su núcleo. Me complace ver que eres una persona muy profesional, por ello, no dudo que cumplas con éxito todas tus metas a pesar de los obstáculos que se te interpongan. Te deseo que tu vida siempre esté llena de salud, éxito y mucho amor. Te repito que te quiero mucho.

***Carlos, Hugo, Diego, Dulce, Luis:*** No tengo palabras para expresarles lo mucho que he aprendido a su lado. Es por ello, que les dedico con mucho cariño y orgullo este trabajo, del cuál han sido parte a través de su apoyo, sus consejos, sus apapachos, sus atenciones y su excelente humor. No olviden que los quiero mucho y que me alegra que estén presentes en mi vida.

**FANNY**

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1: El Consumo de Alcohol en Adolescentes.....	4
CAPÍTULO 2: Factores de Protección, Factores de Riesgo y Problemas Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes.....	20
2.1. Teoría del Aprendizaje Social.....	24
2.2. Problemas Asociados al Consumo Riesgoso de Alcohol.....	28
CAPÍTULO 3: Validez y Confiabilidad del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers.....	36
3.1. Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR).....	35
MÉTODO.....	42
RESULTADOS.....	56
DISCUSIÓN.....	62
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
CONCLUSIONES.....	66
ANEXO 1.....	67
APENDICE A.....	69
APENDICE B.....	71
REFERENCIAS.....	75

## RESUMEN

Dada la importancia de contar con instrumentos psicométricos en el campo de las adicciones, que midan específicamente los problemas asociados al consumo de alcohol en los adolescentes, el objetivo del presente estudio fue determinar las propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) al ser aplicado en estudiantes de educación media superior. Para ello, se contó con una muestra de 500 estudiantes (hombres y mujeres) de educación media superior de una escuela pública del DF, cuya edad osciló entre los 14 – 20 años, que consumieron alcohol durante el último año. Los patrones de consumo de alcohol de los estudiantes fueron determinados por el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Para obtener la validez del IPAR se corrió el Análisis Factorial Confirmatorio y se obtuvo una matriz compuesta por tres factores que conformaron un instrumento de 22 reactivos, así mismo, el Alpha de Cronbach ( $\alpha = 0.923$ ) demostró que el IPAR cuenta con una buena confiabilidad. Ambos estadísticos ofrecen la evidencia de que el IPAR mide los problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes mexicanos de educación media superior del DF.

## INTRODUCCIÓN

Se ha observado en la literatura que la mayoría de los consumidores de alcohol experimentan el consumo por primera vez alrededor de los 16 años, sin embargo, esta edad ha disminuido paulatinamente, de manera que, en la actualidad el inicio del consumo se ha estado presentando entre los 12 o 13 años de edad, por lo que el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública (Medina-Mora, 1993; ENA, 2002 citado en Martínez, Salazar, Barrientos, Ruiz & Ayala, 2009).

En la última década se ha observado un incremento importante en el consumo de alcohol, entre la población masculina y femenina, de adolescentes y jóvenes de todas las edades (Medina-Mora, Natera & Borges, 2002, citado en Quiroga, 2008). Específicamente en México, se han realizado encuestas estudiantiles donde se ha podido observar el aumento del consumo de riesgo en los adolescentes, así como algunos de los problemas asociados que se presentan ante dicho consumo. Tal información corrobora lo mencionado por Pilatti, Castillo, Martínez, Acuña, Godoy, et al. (2010), que plantean que en el consumo de riesgo de alcohol existe una mayor probabilidad de presentar problemas asociados a dicho consumo.

De acuerdo con la OMS (2008), un problema asociado al consumo de alcohol es todo efecto adverso que acompaña el consumo de alcohol. Aclarando, que la palabra “asociado” no implica necesariamente una relación de causalidad.

Los problemas asociados al consumo de alcohol suelen presentarse en diversas áreas como: el área física, psicológica, psiquiátrica y social (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008)

Ante esta problemática, se vuelve necesario contar con instrumentos que permitan medir los problemas asociados al consumo de alcohol en adolescentes, con mayor razón en nuestro país, ya que no se cuenta con tales estimaciones principalmente para las poblaciones de estudiantes de educación media superior (Díaz, Díaz, Hernández - Ávila, Fernández, Solís, et al., 2009).

Entre los instrumentos que miden los problemas asociados al consumo de alcohol se encuentra el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) diseñado y validado originalmente por White & Labouvie (1989). Dicho instrumento ha sido validado en Estados Unidos de Norteamérica por Goings (2007) y en España por López, Fernández, Fernández, Weidberg, Barrial, et al., (2011).

En lo que se refiere a nuestro país el IPAR ha sido traducido y adaptado para población universitaria por Quiroga y Cabrera (2003). Es por ello que el objetivo de la presente investigación tuvo la finalidad de determinar las características psicométricas de confiabilidad y validez de constructo del IPAR en población de estudiantes de educación media superior. Al cubrirse tal objetivo contribuyó en el área de la medición.

## Capítulo 1: El Consumo de Alcohol en Adolescentes

La adolescencia es una etapa del desarrollo que inicia aproximadamente, entre los 10 y los 13 años de edad y, que finaliza, entre los 18 y los 22 años de edad, es aquí donde se atraviesa por una transición entre la niñez y la etapa adulta, lo que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales (Santrok, 2004). Rebolledo, Ortega y Pillon (2004), señalan que la adolescencia puede ser considerada como un período saludable en el ciclo vital y una etapa crucial en la vida de los individuos, en términos de formación de hábitos conductuales y de modelos de socialización. Consideran, que las influencias externas adquieren una importancia progresiva, posiblemente, porque a mayor búsqueda de la independencia, el adolescente se torna vulnerable en el contexto en que se desenvuelve, donde las influencias externas se incrementan debido a que es una época de experimentación natural y, probablemente, tenga una asociación con comportamientos considerados de riesgo, como lo es el consumo de drogas.

Dentro del consumo de drogas el adolescente, a través de su experiencia, en función de sus valores, de sus creencias, de su medio sociocultural, de su familia, de sus amigos, etc., se verá en la necesidad de decidir si consumirá o no drogas, una vez que se las ofrezcan, o sienta la curiosidad de probarlas (Becoña, 2007).

Al respecto, una de las drogas a las que se ven expuestos los adolescentes es el alcohol, que es considerado como una droga lícita (al igual que el tabaco), debido a que su uso es legal y socioculturalmente aceptado (Ruiz, Méndez, Prieto, Romano & Caynas, et al., 2010), además de que su producción, su comercialización y su distribución está reglamentada y posee un gran apoyo de la publicidad (Carrillo, 2004). Esto último, incita al consumo de alcohol al promocionarlo, dándolo a conocer, haciéndolo atractivo y apetecible; ejerciendo, además, una gran influencia social en la adopción de ciertos estilos de vida y valores, todo esto, a través de los medios de comunicación que, frecuentemente, relacionan el alcohol con el ocio juvenil, al ambiente de la noche, a la mejora de la relación grupal y entre sexos, etc. Por lo general, se introducen cargas emocionales que buscan la empatía y la identificación de los espectadores con los protagonistas del anuncio. Lo que contribuye a instaurar una imagen de normalidad del consumo, principalmente entre los adolescentes y los adultos, disminuyendo, así, la percepción que éstos tienen del riesgo asociado al consumo de alcohol (Informe sobre Alcohol, 2007).

El alcohol es una droga que se obtiene mediante la fermentación y destilación de productos agrícolas y su sustancia activa es el etanol o alcohol etílico ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ) que, por lo general se consume mediante vía oral (OMS, 2005). Las bebidas con alcohol pueden estar agrupadas en tres categorías: vinos, cervezas y destilados (González, 2001).

En lo que se refiere a los vinos, este tipo de bebida se puede elaborar dejando fermentar cualquier jugo de frutas, granos, flores y savia de árboles que contengan azúcar. De esta manera, la levadura que se encuentra en el medio ambiente, y el jugo, empiezan a actuar sobre el azúcar, lo que más tarde se

transforma en alcohol. Lo máximo que se puede obtener es un 14% de alcohol puro, sin embargo, a través de procesos especiales y de la calidad de las sustancias utilizadas, se obtienen vinos de mayor concentración de alcohol.

Por otro lado la cerveza se obtiene de la malta, que es un cereal, a la fécula del cereal se le añade levadura, lo que produce la fermentación, la cual genera azúcar, a éste alcohol resultante se le agregan lúpulos y otros amargos, para que obtenga su sabor singular. Así, se obtiene, aproximadamente, entre un 3% y un 6% de alcohol puro.

Finalmente, al grupo de las bebidas destiladas, también se les conoce como licores, que se obtienen por medio de la destilación y a través de la infusión o fortificación de la bebida con alcohol puro, a partir de ello, se obtienen bebidas más sofisticadas y potentes como el brandy, la ginebra, el ron, los whiskies, el tequila, el vodka, etc. Tales bebidas contienen una concentración de alcohol más elevada que la de los vinos y la cerveza, por lo general, se obtiene entre un 40% o un 50% de alcohol puro.

Estas bebidas con alcohol tienen efectos en nuestro cuerpo y para saber cómo es que se mueve y actúa el etanol en nuestro organismo, es relevante definir los conceptos de farmacocinética y farmacodinamia.

La farmacocinética se refiere a todos los procesos encargados del traslado de una droga dentro del organismo. En un principio la sustancia debe absorberse, es decir, alcanzar el compartimiento acuoso del organismo donde participa la sangre, en seguida comienza la distribución de la misma, la cual determinará la latencia, la intensidad y la duración de la actividad biológica de la sustancia, dependiendo de la cantidad de droga que se consuma, variará la

magnitud del efecto que causa en el organismo. Más tarde, ocurren los procesos de metabolismo y la excreción que ayudan a disminuir la droga en el organismo, por lo regular el metabolismo transforma la droga por medio del hígado y la excreción se realiza a través de los riñones, el sistema biliar, el intestino o los pulmones (Brailowsky, 1998).

Por otro lado, la farmacodinamia determina los mecanismos de acción de la sustancia en el cuerpo, los cuáles se deben a la interacción entre la sustancia y los receptores (macromoléculas localizadas en la membrana celular o en el espacio intracelular), por lo tanto, tal interacción produce una reacción química que modifica la función celular, principalmente del Sistema Nervioso Central (SNC) (Brailowsky, 1998).

Respecto al consumo de alcohol, la farmacocinética se centra en un inicio en la absorción del etanol, la cual se lleva a cabo, principalmente, en el intestino delgado y en el estómago, tal absorción puede ser más rápida o más lenta, dependiendo de la ingesta de alimentos (Informe sobre Alcohol, 2007). El etanol se absorbe, rápidamente, alcanzando su máxima concentración en la sangre, entre los 30 y los 90 minutos, después de haberlo ingerido (Pereiro, 2006).

La metabolización del etanol inicia en el hígado, continúa en la sangre y en el tejido muscular, existen variaciones dependiendo de la salud, el tamaño y el funcionamiento del hígado de cada persona (González, 2001). Este órgano degrada entre el 90% y el 98% del etanol pero, también, puede ser eliminado entre un 2% ó un 10% por medio del riñón (orina) y el pulmón (respiración). Todo este proceso metabólico requiere de, aproximadamente, una hora por

cada 10 mililitros de etanol puro consumido (Informe sobre Alcohol, 2007).

Cabe mencionar, que hay diferencias según el sexo y la edad, ya que las mujeres, los niños y los ancianos metabolizan el alcohol más lento, por lo que sus efectos se manifiestan más rápido, consumiendo en menores cantidades, debido a que poseen una menor cantidad de la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) (González, 2005).

En el caso de la farmacodinamia del alcohol, influye la cantidad y la velocidad con la que se consume la sustancia, en la mayoría de las personas se presentan efectos iniciales de relajamiento seguidos de euforia, si se continúa consumiendo alcohol, se presentan diferencias en la coordinación motora y cambios en el estado de ánimo, principalmente depresivos, todo esto, debido a que el etanol actúa sobre el SNC, en los neurotransmisores como la dopamina, el ácido gamma amino butírico (GABA) y la acetilcolina del cerebro (González, 2005), si, a pesar de presentar los efectos anteriores, se continúa con el consumo de alcohol, se comienzan a disminuir las funciones cognitivas, perceptivas y motoras, además, de que se experimentan cambios emocionales (OMS, 2005). Por todo lo anterior, el efecto del alcohol es considerado como bifásico, es decir que, inicialmente, es un estimulante (activa) y, sucesivamente, es un depresor del SNC (Pasquale & Gabriele, 2009).

De manera más detallada, los efectos varían dependiendo de la concentración de alcohol puro en la sangre, por lo tanto, si se ha ingerido (González, 2001):

- ♦ Una concentración de 0.05% de alcohol afecta las funciones que controlan las inhibiciones, el juicio y el autocontrol (que son delimitadas en la corteza cerebral).

- ♦ Un 0.10% de alcohol influye en las zonas motoras del cerebro, el consumidor llega a presentar incoordinación en sus movimientos, tanto para caminar, mover las extremidades y hablar sin coherencia.
- ♦ Con 0.2% de alcohol, se ve afectada la zona media del cerebro, encargada de las expresiones emocionales donde el bebedor se enoja, o llora, sin motivo alguno, además de que tiene menos capacidad motora.
- ♦ El 0.3% de alcohol genera que el sujeto se deprima y se vean afectadas sus percepciones, puede dejar de captar lo que ve, lo que escucha y puede dejar de ser consciente de lo que ocurre a su alrededor.
- ♦ Mientras que con 0.4% – 0.5% de alcohol la persona queda completamente deprimida, hasta alcanzar un estado de estupor, es decir, como si estuviera anestesiada, a este nivel se ve afectada la base del cerebro que es la que controla principalmente, los latidos del corazón y la respiración; por ello, en ocasiones las personas mueren, aunque no ocurre con frecuencia, porque el consumidor llega al estado de inconsciencia, antes de ingerir esta cantidad, que es letal.

Por otro lado, cuando se ha consumido alcohol durante cierto tiempo, el organismo comienza a acostumbrarse a los efectos químicos de la sustancia y con las mismas dosis de consumo, no se logran los efectos que las personas esperan de las bebidas con alcohol, es por ello, que para que se logre tal

efecto se necesita consumir una mayor cantidad de alcohol, a todo este proceso se le denomina tolerancia (Morrison, 2008).

Otra de las consecuencias de consumir alcohol es, que las personas se vuelvan dependientes de la sustancia, esto se caracteriza porque se comienzan a presentar un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, donde el consumo del alcohol se vuelve la máxima prioridad, por lo general, el usuario tiene la sensación de deseo o necesidad de beber y, también, disminuye su capacidad para controlar su ingesta de alcohol (OMS, 1992 citado en Jiménez-Arriero, Pascual, Flórez, & Contel, 2007). En 1965 Eddy, Halbanch, Isbell, y Seevers (Citados en Carlson, 2007) definieron dos tipos de dependencia a las drogas; la dependencia física y la dependencia psicológica; la dependencia física es un estado adaptativo que se manifiesta por intensas alteraciones físicas cuando se suspende la administración de una droga, por otro lado, la dependencia psicológica se considera un estado en el que la droga produce una sensación de satisfacción y una motivación psíquica que requiere de una administración periódica (Carlson, 2007).

Además, uno de los criterios para el diagnóstico de la dependencia al alcohol, es el síndrome de abstinencia, que se da por la supresión absoluta o relativa de alcohol (Jiménez-Arriero, Pascual, Flórez, & Contel, 2007), en donde el consumidor puede presentar determinados síntomas como temblores, alucinaciones, convulsiones, delirios, taquicardia, sudoración, náuseas, vómitos, debilidad muscular, disminución de la atención (Pereiro, 2006), ansiedad, depresión, trastornos del sueño, etc. (Jiménez-Arriero, et al., 2007).

Continuando con los criterios para diagnosticar trastornos ocasionados por el consumo de alcohol, en el área clínica del campo de las adicciones se utiliza, con mucha frecuencia, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) donde se han considerado, para todas las drogas, dos procesos: la dependencia y el abuso de sustancias (Morrison, 2008).

En lo que corresponde a la dependencia, los criterios para su diagnóstico son (Morrison, 2008):

Un patrón inadaptado del paciente del consumo de la sustancia que conlleva a un malestar o deterioro, clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes, en algún momento dentro de un período de los últimos 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de las siguientes situaciones:

(a) una ingesta notablemente aumentada de la sustancia para lograr el mismo efecto

(b) con el consumo continuo, la misma cantidad de la sustancia tiene mucho menos efecto

2. Abstinencia, demostrada por cualquiera de las siguientes situaciones:

(a) se presenta el síndrome de abstinencia característico de la sustancia

(b) la sustancia (o una muy parecida) se utiliza para evitar, o aliviar, los síntomas de abstinencia.

3. La cantidad o duración del consumo es, frecuentemente, mayor de lo que se pretende.
4. La persona trata repetidamente, sin éxito, de controlar o reducir el consumo de la sustancia.
5. Se dedica mucho tiempo a consumir la sustancia, a recuperarse de sus efectos o para tratar de obtenerla.
6. Reducción de actividades laborales, sociales o de descanso importantes, a causa del consumo de la sustancia.
7. Se continúa consumiendo la sustancia, a pesar de saber que es, probablemente, la causa de problemas psicológicos o físicos progresivos.

Para el caso del diagnóstico de abuso de sustancias se consideran los siguientes criterios (Morrison, 2008):

Es un patrón inadaptado de consumo de sustancias, por parte, de la persona que causa malestar o deterioro, clínicamente significativo, en un periodo de 12 meses por uno o más de los siguientes signos:

1. A causa del consumo repetido, la persona deja de hacer frente a las principales obligaciones del trabajo, la casa o la escuela.

2. Consumo repetido de otras sustancias, incluso cuando se es, físicamente, peligroso hacerlo.
3. Problemas legales que son resultado del consumo de sustancias.
4. A pesar de tener conocimiento de que ha originado o agravado problemas sociales e interpersonales, la persona continúa consumiendo la sustancia.

Para ello, el paciente no se ajusta a los criterios de Dependencia de sustancias.

A pesar de los efectos antes comentados acerca del consumo de alcohol, su uso tiende a ser evaluado como poco peligroso por parte de la población (Salamó, Gras, & Font-Mayolas, 2010), lo cual, es uno de los factores que intervienen para que este uso se mantenga.

Como el consumo de alcohol se mantiene activo en la sociedad, se han desarrollado parámetros para su medición, en el caso del continente Americano con frecuencia se utiliza el parámetro de bebida (copa) estándar, la cual contiene 14 gramos de alcohol puro, lo que es equivalente a 0.6 onzas (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005). Debido a este mantenimiento en el consumo de bebidas con alcohol, la mayoría de las personas llegan a desarrollar un patrón de consumo, el cual se caracteriza por la repetición del consumo de bebidas con alcohol hasta formar un patrón de hábito (Morrison, 2008). En la actualidad, las características que se consideran para identificar el patrón de consumo de alcohol en las personas son, la

frecuencia, la cantidad y la intensidad (Kerr-Correa, Florence, Tucci, Marcassa, Hegedus, et al., 2008 citados en Pilatti, et al., 2010). Entre los patrones de consumo de alcohol más comunes, se encuentran:

**Consumo Moderado:** Es el consumo que, por lo general, no causa problemas para quien lo consume ni para la sociedad (Tapia, 2001), se considera un consumo de no más de tres copas estándar por ocasión para las mujeres y, para los hombres, que no se exceda de cuatro copas por ocasión (Medina-Mora, Carreño & Ortiz, 1997 citados en Quiroga, 2008).

**Consumo Excesivo o de Riesgo:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término “excesivo”, en la actualidad, esta desaconsejado para referirse a un hábito de consumo que excede a la moderación, el equivalente que es correcto utilizar hoy en día es “consumo de riesgo”, el cual eleva el riesgo de sufrir consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol (OMS, 2008) tanto para el bebedor como para los demás (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Entre tales consecuencias se encuentran las de tipo físico, mental y social (OMS, 2008). Se caracteriza por un consumo de cuatro copas estándar para las mujeres y cinco copas para los hombres por ocasión o en un lapso de dos horas (NIIA, 2004).

**Consumo Perjudicial:** Aquel consumo de alcohol que genera daños en la salud física, en la salud mental, así, como consecuencias sociales (Babor, et al., 2001). En el año 2008 la OMS estableció que el consumo perjudicial entre los sistemas diagnósticos (por ejemplo el DSM-IV-TR) es equivalente al término de “abuso” (OMS, 2008). En la práctica se tiende a considerar una cantidad de

cinco o más copas estándar por ocasión, ya sea diariamente o por lo menos, una vez a la semana (ENA, 2002).

Referente al consumo de riesgo, este se encuentra elevado en varios países de Latinoamérica, incluyendo a México, especialmente en la población de los jóvenes (Villatoro, 2005; Medina - Mora, 2003 citados en Monteiro, 2007). En la última década, en nuestro país, se han realizado encuestas en poblaciones de estudiantes, donde se ha podido observar el patrón de consumo y en ocasiones, además, de ello, se han podido observar problemas asociados al consumo de alcohol.

En el año 2000 se llevó a cabo la Encuesta de Estudiantes en el Distrito Federal. La muestra estuvo compuesta por estudiantes de secundaria, bachillerato y escuelas técnicas o comerciales a nivel de bachillerato. La edad de los mismos se encontraba entre los 14 años de edad o más. De la muestra total el 50.2% fueron mujeres y el 49.8% fueron hombres (Villatoro, et al., 2002); se encontró que había preferencia por el consumo de alcohol en la muestra total, ya que el 61.4% de los adolescentes reportó haber probado el alcohol alguna vez en la vida (Villatoro, Medina – Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, et al., 2002).

Con referencia al consumo de alcohol en el último mes, el 31.9% de los estudiantes reportó haber consumido en ese tiempo y, los hombres, fueron los que más consumieron (34%), a diferencia de las mujeres (29.9%). En cuanto al nivel educativo, las escuelas técnicas tomaron el primer lugar (50.1%), seguidas del bachillerato (43.4%) y, por último, las secundarias (22.6%). En lo que corresponde a la edad de consumo, se reportó a un 58% de los

estudiantes de 18 años de edad o más. Para los que tenían una edad de 17 años se encontró un 49.8% y, con un porcentaje menor, se encontró a los estudiantes que tenían una edad entre los 14 años, o menos, con un 20.3% (Villatoro, et al., 2002). Finalmente, de la muestra total se observó que, 1 de cada 5 estudiantes, presentó un patrón de consumo de riesgo (Villatoro, et al., 2002).

Tres años después, en el 2003, se realizó otra Encuesta de Estudiantes en la Ciudad de México, de la misma forma que en el año 2000, se trabajó con estudiantes de enseñanza media y media superior, pero ahora inscritos en el ciclo escolar 2002 - 2003 de escuelas públicas y privadas pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública (SEP). Se trabajó con estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico o comercial.

Del total de la muestra, el 50.5% de los estudiantes fueron hombres y 49.5% fueron mujeres. La mayoría de los alumnos tenían entre 14 años de edad o menos (55%) y asistían a la secundaria (59.1%), mientras que un 29.5% asistían al bachillerato y el 11.4% pertenecían a escuelas técnicas (Villatoro, Medina- Mora, Hernández, Fleiz, Amador, et.al., 2005).

De acuerdo al consumo de alcohol, se encontró que el 65.8% de los adolescentes consumió alguna vez en su vida, mientras que para el consumo del último mes se observó a un 35.2% de estudiantes, cuyas diferencias entre sexo no variaron (mujeres = 66.1% y hombres = 65.6%). En cuanto al nivel educativo, el consumo del último mes fue mayor en estudiantes de nivel bachillerato (51.7%), le siguieron las escuelas técnicas (48.3%) y las secundarias (24.4%) respectivamente. Conforme a la edad, se encontró que más de la mitad de

los adolescentes de 17 años de edad había bebido alcohol en el último mes. Finalmente, en la población global se encontró, que un 23.8% de los estudiantes presentó un patrón de consumo de riesgo (Villatoro, et al., 2005).

Más tarde, en el año 2006 se realizó, nuevamente, la Encuesta de Estudiantes. En este caso se incluyó a aquellos inscritos en el ciclo escolar 2005 - 2007 de escuelas públicas y privadas pertenecientes a la SEP del Distrito Federal. De la misma manera se consideró el nivel de secundaria, bachillerato y los estudiantes de escuelas técnicas o comerciales, donde el 49.5% fueron mujeres y el 50.5% hombres. El 48% tenía 14 años de edad o más en la muestra total. En ese momento se detectó que, el 68.8% de los adolescentes uso alcohol alguna vez en su vida y el 41.3% lo había consumido en el último mes, tanto la población masculina (68.2%) como la femenina (69.4%) resultaron igualmente afectadas (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz del Valle, Moreno, López, et al., 2009).

Respecto a la edad de los usuarios de alcohol en el último mes, se observó a un 63.87% con una edad de 18 años o más; para los de 17 años de edad se detectó a un 62.9%, mientras que para los de 14 años de edad o menos, se encontró a un 28%. Al igual que en las encuestas anteriores, en la población en general se encontró a un 25.2% de estudiantes con un patrón de consumo de riesgo (Villatoro, et al., 2009).

A diferencia de las anteriores, en esta encuesta se tomo en cuenta que la percepción de riesgo de consumo de alcohol en los estudiantes, es menor en comparación con otras drogas, sólo el 49% de ellos consideró peligroso un consumo frecuente de alcohol. Por otro lado, se distinguió que al consumir

drogas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, inhalables) se presentaron problemas como: tener relaciones sexuales sin protección, llegar al suicidio, cometer actos antisociales graves y presentar una sintomatología depresiva (Villatoro, et al., 2009).

La más reciente de las Encuestas de Estudiantes se llevo a cabo en el año 2009, cuyo diseño fue similar al de las encuestas anteriores (mediciones del 2000, 2003 y 2006). Se obtuvo información de estudiantes de nivel medio y medio superior inscritos en el ciclo escolar 2008 - 2009 de escuelas públicas y privadas del la Ciudad de México. La muestra estuvo compuesta por un total de 800 alumnos de secundaria y 800 estudiantes de bachillerato, de los cuales, 50.2% fueron hombres y el 49.8% fueron mujeres. Con respecto al consumo de alcohol, se encontró que, el 71.4% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y que tanto, hombres como mujeres, resultan igualmente afectados (Villatoro, Gaytán, Moreno, Gutiérrez, Oliva, et al., 2011).

Por otro lado, el 40.9% de los estudiantes consumió alcohol durante el último mes, de éstos, el 29.7% perteneció al nivel de secundaria, mientras que el 55.3% fueron estudiantes de bachillerato. Así mismo, más de la mitad de adolescentes de 17 años estaba consumiendo en el último mes y, el 38.5% de ellos, tuvo un consumo elevado de alcohol (Villatoro, et al., 2011).

De forma general, para el total de la muestra de estudiantes se encontró que, un 23.3% de los adolescentes, tuvo un consumo de riesgo. En cuanto a la percepción de riesgo de consumir, el 50.2% consideró peligroso beber frecuentemente. Por último, entre las problemáticas relacionadas con el consumo de drogas, se encontró la presencia de síntomas depresivos, llegar al

suicidio, actos antisociales, presentar déficit de atención y un inicio temprano de relaciones sexuales (Villatoro, et al., 2011).

Por otra parte, a nivel nacional, se han realizado encuestas que han incluido a la población de adolescentes, en general, en el año 2002 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), donde se incluyó a un grupo de más de 13.5 millones de adolescentes entre los 12 a 17 años de edad. En este estudio se encontró que, más de 8.5 millones de adolescentes nunca consumió alcohol; se observó que más de 3.5 millones de adolescentes consumieron durante el último año previo a la encuesta, y ,en su mayoría, fueron los hombres de zonas urbanas (más de 1 700 000), la frecuencia de consumo de alcohol que más se presento entre los adolescentes fue de 1 a 2 veces al año para los de zonas urbanas (1 516 394) y fue semejante entre hombres (782 061) y mujeres (734 333) (ENA, 2002).

Para el año 2008, nuevamente, se llevó a cabo la aplicación de la ENA y, se encontró que, el patrón de consumo consuetudinario (beber diariamente ó por lo menos una vez a la semana, una cantidad de cinco copas o más en una sola ocasión) ha ido en incremento en los adolescentes, uno de los factores que puede estar relacionado a esto, es que están aprendiendo el patrón de consumo de los adultos y reproduciendo dichos patrones, encontrando que son las mujeres entre 12 y 17 años de edad quienes más están copiando tal patrón de consumo, esto al ubicar que, por cada 1.9 mujeres adultas que consumen, una mujer adolescente lo hace; mientras que en el caso de los hombres, por cada 5 hombres adultos consumidores, sólo un adolescente entre 12 y 17 años de edad realiza este tipo de consumo (ENA, 2008).

Por otra parte, la ENA (2008) proporcionó información acerca del tipo de bebida que prefieren los adolescentes, como lo son las bebidas preparadas y no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, para las bebidas como el pulque, el aguardiente o el alcohol de 96%, los hombres manifiestan mayor preferencia que las mujeres (ENA, 2008).

Un aspecto importante de la ENA del año 2008, es que indagó en las implicaciones que se pueden ver asociadas al consumo del alcohol, como los problemas con la familia, que se mostraron similares entre ambos sexos, sin embargo, se encontró que las mujeres adolescentes manifestaron tener más este tipo de problema (7.8%) comparado con 3.9 % de las mujeres mayores de edad (ENA, 2008).

A partir de esta breve revisión acerca del consumo de alcohol en los adolescentes, se ha podido observar que, a pesar de los efectos que generan las bebidas con alcohol en el organismo y en las distintas áreas de la vida, su consumo se encuentra en aumento, principalmente en los estudiantes de educación media superior, que están manifestando patrones de consumo de riesgo, el cual puede aumentar la posibilidad de presentar consecuencias negativas en sus vidas.

## **Capítulo 2: Factores de Protección, Factores de Riesgo y Problemas Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes**

Se ha observado que en México, durante los últimos años, existe una tendencia a la alza en la prevalencia del consumo de alcohol, principalmente en la población adolescente (Díaz, et al., 2009). Algunos autores (Guilamo, Jaccard, Turrisi, Johanson, 2005, citados en Fernández, 2010) sostienen que, los adolescentes que consumen alcohol, están en mayor posibilidad de involucrarse en conductas de riesgo, para sí mismos y para otros. En este contexto, uno de los aspectos más importantes radica en documentar la presencia y la magnitud de los problemas ocasionados por dicho consumo (Díaz, et al., 2009).

En lo que corresponde al campo de las adicciones, se considera que el consumo de alcohol en los adolescentes, es un fenómeno que se ha dado por diversos factores, denominados factores de riesgo. Sin embargo existen otros factores que pueden disminuir la probabilidad de que ocurra el consumo de alcohol (National Institute on Drug Abuse, 2004), a éstos se les ha denominado “factores protectores”, que se refieren a las condiciones o a los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o de grupos no consumidores y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables ante el consumo de sustancias. Los factores de protección pueden ser considerados en dos tipos: internos y externos; los internos son los atributos de

la persona, como la autoestima, la seguridad y la capacidad de comunicación, mientras que los factores de protección externos son los proporcionados por el medio, como lo es una red de apoyo familiar o de amigos, la cercanía de un adulto significativo, la integración social y laboral, etc. (Solórzano, Gaitán, Uribe, Castro, Llanes, et.al., 2007).

En contraste, los factores de riesgo incrementan la probabilidad de que se presente el consumo de alcohol, tales factores pueden ser ambientales, emocionales, biológicos, etc. (Valverde, Farías & Benítez-Guerra, 2009). Cabe mencionar, que existen factores de riesgo intrapersonales e interpersonales (Peñañiel, 2009). Dentro de los factores de riesgo interpersonales, se encuentra el entorno familiar, aquí el individuo ve e interpreta el mundo a través de la familia, a partir de una relación de parentesco, de la convivencia interpersonal y de experiencias de intimidad que se extienden a lo largo del tiempo (Valverde, et al., 2009). Por ello, los estilos de crianza de los padres influyen en la conducta de sus hijos, en el caso de estilos de crianza autoritario, permisivo e indiferente se ve alterado el control que tienen los padres sobre las restricciones hacia sus hijos, así como la calidez paterna y el grado de afecto que se demuestran (Becoña, 2007). Por ejemplo: con la permisividad, la falta de rigidez, la inconsistencia de las normas, los límites muy rígidos, las relaciones distantes, el rechazo, etc., hay un mayor riesgo de que el adolescente consuma alcohol (Díaz & García - Aurrecoechea, 2008). Además, una familia que posee una baja percepción del riesgo, de los problemas que causa el alcohol y en la que se acostumbra el consumo, propicia una conducta de aceptación ante la bebida y favorece el consumo de alcohol (Fernández, Alpízar, Gómez & Sandoval, 2004).

Otro factor interpersonal, es la influencia de los pares (presión social). Respecto a esto, Thatcher y Clark (2008) señalan que, existe un modelado, es decir, que los adolescentes aprenden y reproducen la conducta de sus pares, lo que representa una verdadera influencia del contexto social hacia el consumo de alcohol. Dentro del mismo contexto social, también se encuentra el medio escolar, que por medio de la baja adherencia escolar, el poco interés por el estudio, el bajo desempeño académico y la separación del sistema escolar, pueden influir al mismo consumo de alcohol (Díaz & García - Aurrecochea, 2008).

Por otra parte, situamos a los factores de riesgo intrapersonales, como podrían ser, la rebeldía, la baja autoestima, la búsqueda de sensaciones, el inicio temprano en el consumo, la baja asertividad, la depresión (Calafat & Juan, 2003); la incapacidad de controlar los impulsos, las actitudes antisociales, las estrategias de afrontamiento ineficientes, las expectativas, etc (Díaz & García - Aurrecochea, 2008). Las expectativas se refieren a las creencias individuales sobre los efectos esperados del consumo de alcohol y son sumamente relevantes, ya que permiten vincular las experiencias tempranas con el alcohol y las decisiones que se tienen a futuro sobre el mismo consumo (Mora-Ríos & Natera, 2001).

Aunque los factores de riesgo pueden afectar casi a cualquier persona, es importante resaltar que, lo que para una representa un riesgo, puede no serlo para otra, debido a que estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, el género, la raza, la cultura y el ambiente de las personas (National Institute on Drug Abuse, 2004).

Ante estos factores que aumentan la probabilidad de que los adolescentes consuman alcohol se ha observado, en los últimos años, diversos cambios en los patrones de consumo en esta población; por lo cual, es necesario comprender de qué manera se va desarrollando la forma en que consumen los adolescentes (Sánchez, 2002). Dentro del Enfoque Cognitivo Conductual, existe una teoría que nos permite comprender como se desarrolla el consumo de alcohol.

## 2.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

En 1987 Abrams y Niaura hicieron una extensa revisión de la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) aplicada al consumo de alcohol. Esta teoría asume que toda conducta de beber, desde la abstinencia, el consumo social normal y el abuso de alcohol, se basan en principios similares de aprendizaje, cognición y reforzamiento (Abrams & Niaura, 1987, citado en Becoña, 2003). Rechaza la existencia en la persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos (Abrams & Niaura, citado en Becoña, 2003). Por lo tanto, la conducta de beber se adquiere y se mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios del alcohol, experiencia directa de los efectos del alcohol como refuerzos o castigos y dependencia física (Becoña, 2003).

Antes esto, los mismos autores plantearon nueve principios centrales de la TAS sobre el uso y abuso del alcohol: (Abrams & Niaura, 1987, citado, en Hernández & Sánchez, 2007).

1. El aprender a beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y socialización dentro de la cultura. Tal aprendizaje puede iniciar, incluso, antes de que el adolescente comienza a consumir alcohol, lo cual influye de modo indirecto en las actitudes, en las expectativas y en las creencias. De modo directo influyen el modelado, los medios de comunicación y el refuerzo social de la conducta de consumo.
2. Existen factores predisponentes que contribuyen al riesgo de abuso de alcohol, donde se incluyen los de tipo genético, farmacológico, psicosocial (déficits en habilidades o excesos de conductas inadecuadas), así como la ausencia de modelos normativos o la presencia de modelos de un consumo abusivo.
3. Las experiencias directas con el alcohol van cobrando mayor importancia conforme se desarrolla y continúa la experimentación con el mismo alcohol.
4. Cuando las diferencias individuales interaccionan con una demanda situacional, pueden llegar a abrumar la capacidad individual de enfrentamiento, la percepción de eficacia se ve disminuida; lo que puede derivar en un abuso de alcohol, más que en un consumo normal. Es decir, si los déficits en habilidades psicosociales de enfrentamiento, a la hora de hacer frente a ciertas demandas situacionales, producen una percepción de ineficiencia personal que conduce al consumo de alcohol y a una disminución en la frecuencia en intensidad con las que se ejecutan repuestas de enfrentamiento alternativas.

Antes esto, se establece que los principales determinantes próximos de la conducta de bebida son: los estresores ambientales que superan la capacidad de enfrentamiento alternativas, las elevadas expectativas de que el alcohol producirá los efectos deseados y la minimización de las consecuencias a largo plazo.

5. En lo que se refiere al proceso de la tolerancia, se considera que este puede actuar como un mediador secundario del consumo posterior de alcohol, y asimismo, éste proceso puede estar determinado por factores biológicos heredados.
6. Si aumenta el nivel de consumo y éste se sostiene en el tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física o psicológica, en ese momento la persona suele utilizar únicamente el alcohol como mecanismo de enfrentamiento a sus problemas psicosociales, como los cambios de humor, la ansiedad y los déficits en habilidades sociales. Se considera, que en éste momento, aparece un consumo reforzado negativamente para evitar los síntomas de abstinencia.
7. En el abuso de alcohol, hay un determinismo recíproco entre los factores biológicos (euforia, reducción de tensión, etc.), ambientales (restricción del círculo de amistades, pérdida de apoyo social, de empleo, etc.) y psicológicos (disminución de la autoeficacia, y de métodos alternativos de enfrentamiento), lo que explica el círculo vicioso de las interacciones negativas entre la persona y el ambiente, lo que conduce a la intervención de mecanismos de control social (policía, programa sanitario, programas de rehabilitación, etc.), todo

esto, puede explicar la pérdida de control, sin necesidad de recurrir a la mención de un proceso de enfermedad biológica subyacente.

8. La influencia de los factores de tipo situacional, social e intraindividual en el consumo de alcohol, varía de un individuo a otro y, también, en un mismo individuo a través del tiempo, por lo que se asume que no existen etapas únicas hacia el alcoholismo, ni “personalidades alcohólicas”, etc., pero si se acepta q existen múltiples vías biopsicosociales en el consumo, abuso y recuperación.
9. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para poder escoger entre diferentes alternativas de enfrentamiento.

Por lo tanto, la tesis central de la Teoría del Aprendizaje Social plantea que el uso responsable del alcohol depende de la autorregulación cognitiva aplicada en un mundo estresante (Becoña, 2003).

Debido a que en el consumo de alcohol convergen diversos factores, la interacción entre ellos, puede incrementar la posibilidad de que el consumo de alcohol aumente (Abrams & Niaura, 1987, citado, en Hernández & Sánchez, 2007). Para interés de esta investigación, en la literatura se ha observado que cuando se presenta un patrón de consumo riesgoso, existen mayores probabilidades de que se presenten problemas asociados a dicho consumo (Pilatti, et.al., 2010).

Algunos de estos problemas suelen ser inmediatos, un ejemplo de ellos son las lesiones; mientras que otros se producen al largo plazo, como el daño acumulativo que sufre la vida familiar, profesional, social o en la salud (OMS, 2008).

## 2.2. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

La OMS (2008), señaló que un problema asociado al consumo de alcohol, es todo efecto adverso que acompaña el consumo de alcohol. Aclarando, que la palabra “asociado” no implica necesariamente una relación de causalidad.

Los problemas que se pueden presentar por el consumo de riesgo de alcohol, son los de índole social, donde se pueden ubicar los accidentes, las riñas, la violencia familiar (Centros de Integración Juvenil, 2011), los robos con lesiones, los homicidios etc., y se puede tomar el papel de agresor o de víctima (Jiménez, et al., 2008). Todo esto porque, cuando los adolescentes están bajo el influjo del alcohol, suelen experimentar, con frecuencia, irritabilidad, estallidos de cólera, agresividad física o verbal y esto los lleva a enfrentamientos con los demás (Martínez, et.al., 2004). También, pueden presentarse problemas como las relaciones sexuales no planificadas, las cuales incrementan la probabilidad de tener mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (como el SIDA y la hepatitis vírica), (Jiménez, Pascual, Flórez & Contel, 2008) y de embarazos no planificados (Centros de Integración Juvenil, 2010).

En lo que se refiere a los accidentes, estos suelen ir de los más comunes como sufrir una caída, pequeñas lesiones, etc. o presentar accidentes mayores, como ser atropellado, accidentes automovilísticos con lesiones graves entre otros, encontrando que el común denominador de este tipo de consecuencias, es la incapacidad de responder, de manera efectiva, a situaciones de peligro con respuestas motoras que eviten accidentes físicos (Martínez, et.al., 2004).

De la misma forma, se ha asociado el consumo de riesgo de alcohol con el fracaso escolar, entendiéndose como la repetición de cursos y bajas calificaciones académicas. Igualmente, en la literatura se señala que, los adolescentes que consumen bebidas con alcohol, muestran mayor ausentismo escolar, mayor índice de abandono escolar, una elevada insatisfacción escolar, parecen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y, además, de una menor participación en actividades académicas que se realizan, después del horario escolar (Carrasco, Barriga & León, 2004).

En lo que corresponde al campo laboral, se ha encontrado que, el hecho de beber durante el trabajo, o acudir a trabajar con resaca post-ingesta, tiene importantes implicaciones en la productividad (por un menor rendimiento) y en la seguridad laboral; se generan frecuentes discusiones con los compañeros y supervisores; hay mayor ausentismo hasta llegar al despido (Bastida, 2002).

Referente a la salud física, se sabe que el patrón de consumo de riesgo aumenta la probabilidad de desarrollar una o más de las sesenta enfermedades relacionadas con el consumo del alcohol, dentro de los principales daños están las repercusiones en el sistema digestivo, destacando alteraciones hepáticas

(esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y cirrosis alcohólica), pancreatitis (aguda y crónica), alteraciones gástricas (gastritis y úlceras pépticas), la mala absorción intestinal, sólo por mencionar algunas; también se puede ver afectado el sistema músculo esquelético con enfermedades como la gota, la osteoporosis y la miopatía (Estruch, 2002).

También, se pueden presentar alteraciones cardiovasculares como arritmias, hipertensión arterial, accidente cerebro-vascular, etc.; alteraciones metabólicas, hematológicas, neurológicas, cutáneas y demás. De la misma forma, puede incrementar el riesgo de padecer cánceres en la boca, el esófago, la laringe, el estómago, el hígado, el colon, el recto y en las mamas (en mujeres), (Estruch, 2002).

Por otra parte, en lo que respecta a daños psicológicos y psiquiátricos, se corre el riesgo de presentar trastornos psicóticos, como son las alucinaciones transitorias, alucinosis alcohólica (percepción de un objeto o fenómeno que no está presente en el momento de la vivencia), trastornos a nivel de conciencia como delirium tremens, trastornos cognitivos como deterioro cognitivo, amnesia y trastornos afectivos, etc. Si el consumo de alcohol se presenta durante la adolescencia, puede alterar el desarrollo cerebral y, en especial, afectar al hipocampo que es una estructura fundamental en los procesos de memorización y aprendizaje (Jiménez, et.al., 2008).

Otra de las consecuencias para la salud es que, las personas se vuelvan dependientes de la sustancia, esto se caracteriza porque se comienza a presentar un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, donde el consumo de alcohol se vuelve la máxima prioridad. Por lo general, el usuario tiene la sensación de deseo o necesidad de beber y también disminuye su capacidad para controlar su ingesta de alcohol (OMS, 1992, citado en Jiménez-Arriero, et.al., 2007).

Debido a que el patrón de consumo riesgoso de alcohol puede generar en los individuos problemas asociados a dicho consumo, se vuelve necesario contar con un instrumento que permita medir tales características, con mayor razón, porque en nuestro país no se cuenta con estimaciones de los problemas asociados al consumo de bebidas con alcohol para la población de adolescentes o para las poblaciones de estudiantes de educación media superior (Díaz, et al., 2009).

Considerando que en el campo de las adicciones el uso de instrumentos de medición se vuelve indispensable, en lo que corresponde al proceso de evaluación, González (2006) señala que Miller, Westerberg y Waldron, en 1995, distinguieron seis funciones distintas, pero complementarias entre sí: el tamizaje (*screening*), el diagnóstico, la motivación, la valoración de los problemas asociados, la planificación y el seguimiento, manifestando que cada una de estas funciones puede cubrirse con la utilización de instrumentos de detección específicos. Entre tales instrumentos se encuentran las escalas que cumplen un propósito específico, el cual determinará el contenido de sus ítems y diversos aspectos relacionados con su estructura, limitándose siempre al área que fue diseñada (González, 2006).

En cuanto a las escalas que valoran los problemas asociados al consumo de alcohol, éstas pretenden hacer una estimación del grado de afectación que el consumo de alcohol ha producido sobre un conjunto de dimensiones o áreas de funcionamiento de los consumidores, como puede ser el estado general de salud, la calidad de vida, los problemas laborales, los familiares, los legales, los psicológicos, etc. Dentro de ellos podemos establecer una diferencia entre los instrumentos multidimensionales o generales y los unidimensionales o específicos. Los primeros tienen cierto nivel de complejidad, ya que suelen componerse de varias sub-escalas, cada una de las cuales evalúa una dimensión diferente; mientras que los instrumentos unidimensionales suelen ser escalas de evaluación que valoran la gravedad de problemas específicos relacionados con el consumo, dichos problemas pueden ser de orden familiar, laboral, psicológico, etc. (González, 2006).

Cabe mencionar, que dentro de las escalas que valoran los problemas asociados al consumo de alcohol, se pueden mencionar las siguientes: Alcohol Problems Questionnaire (APQ). Fue desarrollado en 1994 por Williams y Drummond; su objetivo es medir los problemas relacionados con el alcohol, conceptualmente distintos de la dependencia alcohólica propiamente dicha. Consta de cuarenta y cuatro ítems referidos a dificultades experimentadas en los últimos seis meses, dichas preguntas se agrupan en cuatro apartados: el primero es de respuesta general y los otros tres sólo han de responder los pacientes casados, con hijos o con trabajo, respectivamente. El apartado general consta de veintitrés ítems en cinco secciones que abarcan los problemas con amigos, económicos, legales, físicos y afectivos. Las respuestas positivas se valoran con un punto y las negativas con cero puntos (Jiménez, Monasor & Rubio, 2003).

Asimismo, encontramos la escala Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS). Creada por Mayer y Filstead en 1979; es un cuestionario auto-administrado que consta de catorce preguntas que evalúan aspectos asociados al consumo de alcohol y sus consecuencias en tres áreas: funcionamiento psicológico, relaciones sociales y vida familiar. Si se presentan puntuaciones superiores a los cuarenta y dos puntos obligarían a realizar evaluaciones más minuciosas (Sáiz, G-Portilla, Paredes, Bascarán & Bobes, 2002).

Otra escala que mide problemas asociados es la Adolescent Drinking Index (ADI) desarrollada por Harrel y Wirtz en 1989. Es un cuestionario diseñado para adolescentes entre 12 y 17 años de edad que consta de veinticuatro preguntas que corresponden a cuatro áreas diferentes: pérdida de control, indicadores sociales, indicadores psicológicos e indicadores físicos. Las puntuaciones pueden oscilar entre cero y sesenta y dos puntos donde puntuaciones iguales o superiores a dieciséis obligan a una evaluación más exhaustiva (Sáiz, et al., 2002).

Igualmente, la escala Alcohol Problems Screening Test (YAAPST) mide problemas asociados al consumo de alcohol y es un cuestionario de veintisiete ítems que evalúa las consecuencias negativas y la frecuencia de las mismas respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios, evaluando los últimos doce meses. Valora tanto consecuencias tradicionales como resacas, lagunas mentales o conducir mientras se está ebrio y como consecuencias adicionales que presuntamente ocurren en tasas más altas en una población de estudiantes universitarios como faltar a clases e involucrarse en situaciones sexuales indeseadas (Torres, Palma, Lannini & Moreno, 2006).

Finalmente, tenemos el índice llamado Rutgers Alcohol Problema Index (RAPI) desarrollado por White & Labouvie (1989) en un intento de proporcionar una herramienta útil, conceptualmente sólido, unidimensional, relativamente breve y sencillo, para evaluar problemas asociados al consumo de alcohol (Noel, O'Connor, Boudreau, Mushquash, Comeau, et al., 2010). Consta de veintitrés preguntas, el cual puede ser auto-administrado, y el tiempo estimado que utilizan para responder a las preguntas es de, aproximadamente, diez minutos. Los encuestados sólo eligen el número que corresponde al número de veces que han experimentado cada problema en una escala de cero a cuatro (Rutgers Center of Alcohol Studies, 2010).

Por último, es de importancia señalar que el índice ha sido validado primordialmente en poblaciones Europeas y de Norteamérica (Noel, et al., 2010), sin embargo, en México dicho índice aún no ha sido validado, sólo ha sido traducido y adaptado para población universitaria, por Quiroga & Cabrera en el año 2003 (Quiroga & Cabrera, 2003).

Como se revisó en el presente capítulo, es de importancia considerar los factores de protección y de riesgo, ya que éstos influyen en el consumo o no consumo de alcohol de los adolescentes. Asimismo, cuando ya se consume alcohol y se tiene un patrón de consumo de riesgo, resulta muy probable que se generen problemas asociados al consumo de alcohol que afecte diversas áreas en las vidas de las personas. En lo que corresponde al campo de las adicciones, resulta importante observar cuáles son los problemas que se están presentando y que son debidos al consumo de alcohol, para ello, se cuenta con escalas que permiten determinar si hay o no problemas asociados al consumo

de alcohol y, en ocasiones, permiten observar las áreas de la vida en general o específicas en las cuáles se presentan tales problemáticas.

Sin embargo, en México no se cuentan con escalas que hayan sido creadas o especializadas para medir tales problemas y, mucho menos, para medirlos en la población adolescente y, específicamente, en los estudiantes de educación media superior. Para ello, se requiere comprender cuáles son las características que debe poseer un instrumento que sea adecuado para medir los problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes de educación media superior.

## Capítulo 3: Validez y Confiabilidad del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers

Para garantizar la precisión de medición de los instrumentos tipo escala dentro del campo de las adicciones (e.g. el índice de Problemas de Alcohol Rutgers) se consideran, de acuerdo con Yela (2006, citado en Macía, 2010) determinados aspectos con la finalidad de que el instrumento de evaluación pueda ser considerado adecuado en su diseño y objetivo en su medición (González, 2007). Para ello, debe contener, por lo menos, las siguientes características:

1) Confiabilidad: que las puntuaciones, o resultados del test, se mantengan estables en el tiempo y que los cambios, en estas puntuaciones, se deban a variaciones verdaderas en el atributo evaluado y no por variaciones debido al error del instrumento.

2) Validez: que se esté midiendo lo que el test dice medir.

Es necesario indicar que, tanto la validez como la confiabilidad, son conceptos interdependientes, y no equivalentes. Es decir, un instrumento puede ser consistente (tener una gran confiabilidad), pero no ser válido; por eso las dos propiedades deben ser evaluadas simultáneamente, siempre que sea posible (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

### 3.1 ÍNDICE DE PROBLEMAS DE ALCOHOL RUTGERS (IPAR)

El Índice de Problemas de Alcohol Rutgers fue creado por White & Labouvie en 1989 debido a que, en ese tiempo, había una gran ausencia de instrumentos para valorar las consecuencias negativas generadas por el consumo de alcohol en la población de adolescentes. Es por ello, que la investigación tuvo diversos propósitos, uno de ellos consistió en identificar las dimensiones de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y describir, si la edad y el sexo, estaban relacionados con esas dimensiones; otro de los propósitos fue una pequeña medición para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes, obtener las propiedades psicométricas del instrumento: confiabilidad y validez (White & Labouvie, 1989).

Los autores llevaron a cabo una selección de sujetos adolescentes en el periodo de 1979 - 1981, por medio de llamadas telefónicas realizadas al azar en el estado de Nueva Jersey. Los adolescentes que presentaron discapacidades físicas, problemas mentales o necesitaban ayuda psicológica, fueron excluidos de la selección, mientras que a los adolescentes seleccionados se les aplicaron cuestionarios, pruebas conductuales y mediciones psicológicas para obtener su información completa. De esta manera, se conformó la muestra de adolescentes para la investigación (White & Labouvie, 1989).

Es importante mencionar, que el trabajo se realizó en dos fases: la primera (F1) de ellas contó con una muestra de 1380 participantes que consumían alcohol, cuyas edades oscilaban entre los 12 años de edad (n = 163 hombres / 159 mujeres), 15 años de edad (n = 215 hombres / 212 mujeres) y 18 años de edad (n = 198 hombres / 207 mujeres).

Tres años más tarde se llevo a cabo la segunda fase (T2) de 1982 – 1984, la cual contó con sólo 1308 participantes con edades de 15, 18 y 20 años (White & Labouvie, 1989).

En ambas fases se les preguntó a todos los participantes acerca de la frecuencia y la cantidad de alcohol que consumieron. Posteriormente, se les aplicó el cuestionario de 53 problemas asociados con el consumo de alcohol (White & Labouvie, 1989).

Para obtener la validez del índice, se sometieron los cincuenta y tres ítems a un análisis factorial con rotación PROMAX resultando tres factores, de los cuales, finalmente se obtuvo el índice de veintitrés ítems, el cual posee una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de confiabilidad, a los tres años, de 0.93 (White & Labouvie, 1989).

Otros de los resultados que se obtuvieron, en dicho estudio, fueron los siguientes:

En la primera fase se encontró que los problemas asociados al consumo de alcohol más frecuentes en los hombres fueron: 1) descuidaron las responsabilidades (37.4%), 2) se metieron en peleas o actuaron mal (35.1%), 3) notaron un cambio en la personalidad (29.4%), 4) pasaron un mal rato (28.1%) y 5) causaron vergüenza o malestar a otros (27.9%) (White & Labouvie, 1989).

Por otro lado, las mujeres tuvieron los siguientes problemas: 1) descuidaron las responsabilidades (26%), 2) notaron un cambio en la personalidad (23.8%), 3) pasaron un mal rato (22.9%), 4) se metieron en peleas o actuaron mal (35.1%) y 5) causaron vergüenza o malestar a otros (20.6%) (White & Labouvie, 1989).

En lo que respecta a la segunda fase se encontró que, para los hombres, los problemas más frecuentes fueron: 1) descuidaron las responsabilidades (42.3%), 2) se metieron en peleas o actuaron mal (41.4%), 3) pasaron un mal rato (34.9%), 4) sintieron la necesidad de más alcohol de lo que solían utilizar para conseguir el mismo efecto (33.9%), y 5) pelearon con un amigo (31%). Mientras que, para las mujeres, fueron: 1) descuidaron las responsabilidades (29.4%), 2) pasaron un mal rato (26%), 3) se metieron en peleas o actuaron mal (25.1%), 4) perdieron el día (o parte del día) de escuela o trabajo (23.3%) y 5) pelearon con un amigo (22.1%) (White & Labouvie, 1989).

Es importante mencionar que, en la actualidad, el IPAR es utilizado con frecuencia, para medir los problemas asociados al consumo de alcohol en adolescentes y en estudiantes universitarios (Neal, Corbin & Fromme, 2006). Es por ello, que ha sido adaptado y validado en diversas poblaciones y países.

Uno de los países que se interesó por la adaptación y validación de este Índice fue España en el 2011, en donde el objetivo del estudio fue disponer de un instrumento viable para la detección temprana de los problemas asociados al consumo de alcohol en adolescentes. Se aplicó el instrumento, de 23 ítems, a 569 adolescentes que bebieron alcohol en los últimos 12 meses, los cuales tenían una edad entre los 10 y los 18 años ( $\bar{x} = 14$ ,  $DE = 1.36$ ), de los cuáles 54.1% fueron hombres y el 45.9% fueron mujeres (López, et al., 2011).

Posteriormente, estos datos se sometieron a un Análisis Factorial y, sólo pasaron, aquellos ítems que puntuaron más de 0.20, con ello, los ítems 4, 11, 19 y 23 fueron eliminados.

A continuación, se realizó un Análisis de Componentes Principales con Rotación Oblimin con los 19 ítems restantes, obteniendo así dos factores; en el primero de ellos se englobaron problemas psicosociales y tuvo una confiabilidad de 0.84; mientras que en el segundo, hubo más consecuencias psicológicas, en la que se obtuvo una confiabilidad de 0.73. Respecto a la confiabilidad global del instrumento, esta fue de 0.85 (López, et. al, 2011).

Otra investigación, que se llevo a cabo para obtener la validez de este índice se realizó en Estado Unidos de Norteamérica, en donde se aplicó el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers a una muestra de 284 hombres estudiantes universitarios con edades entre los 21 y 24 años de edad ( $\bar{x}$ = 21.87,  $DE = 1.01$ ). Se analizaron los resultados de dicha aplicación por medio de un Análisis Confirmatorio con rotación VARIMAX y se obtuvieron tres factores donde permanecieron los 23 reactivos, obteniéndose así una buena validez y confiabilidad del IPAR (Goings, 2007).

Debido a que, tanto en España como en los Estados Unidos, se han realizado investigaciones que tuvieron como finalidad obtener las características psicométricas de validez y confiabilidad del IPAR y a que, en nuestro país, no se cuenta con trabajos similares, además, de que sólo se le ha dado importancia a la población universitaria (Quiroga, 2008), resulta necesario validar el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) en la población mexicana, principalmente en estudiantes de educación media superior.

De esta forma al contar con instrumentos validados y confiabilizados para la población de estudiantes de educación media superior, como el caso del IPAR, se tendrá un instrumento que mida válida y confiablemente los problemas

asociados al consumo de alcohol en dicha población, permitiendo a los profesionales del campo de las adicciones su abordaje con fines terapéuticos.

Por ello se considera que, la presente investigación posee una contribución importante en al área de la medición, al determinar las características psicométricas de confiabilidad y validez de constructo del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR), ya que, entre las tantas pruebas de tamizaje existentes, el IPAR, ya validado, fungirá como un instrumento de apoyo para complementar la información que se obtiene del usuario de alcohol, principalmente de los adolescentes, población para la cual fue desarrollado originalmente.

Una vez que los expertos en el área cuenten con la información necesaria de los usuarios de alcohol, se hará una mejor evaluación de la intervención y se le podrá brindar la atención que se adecúe a sus necesidades (Mariño, González - Forteza, Andrade & Medina - Mora, 1998).

## Capítulo 4: Método

### OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar las características psicométricas de confiabilidad y validez de constructo del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR), desarrollado por White & Lavouvie (1989) y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2003) en población de estudiantes universitarios, y así analizar si los ítems de dicho instrumento miden los problemas asociados al consumo de alcohol de los estudiantes de educación media superior, respondiendo a la problemática reportada por dicho sector.

### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de confiabilidad y validez de constructo del índice de Problemas de Alcohol Rutgers, desarrollado por White & Lavouvie (1989) y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2003) en población de estudiantes universitarios mexicanos, aplicado a una muestra de estudiantes de educación media superior?

#### *Participantes.*

Para la selección de los sujetos, se utilizó un muestreo no probabilístico (accidental), ya que, se eligieron a los estudiantes que se encontraron disponibles en el momento y que quisieron participar en la aplicación (García, 2009).

En la presente investigación se contó con una muestra de 500 estudiantes de nivel medio superior, de la cual el 57.1% fueron hombres y el 42.9% fueron mujeres (Ver Figura 1), mientras que el 53.6% correspondió al turno matutino y el 46.4 % al turno vespertino (Ver Figura 2). La media de edad fue de 17.2 años ( $DE = 1.1$ ) (Ver Figura 3).

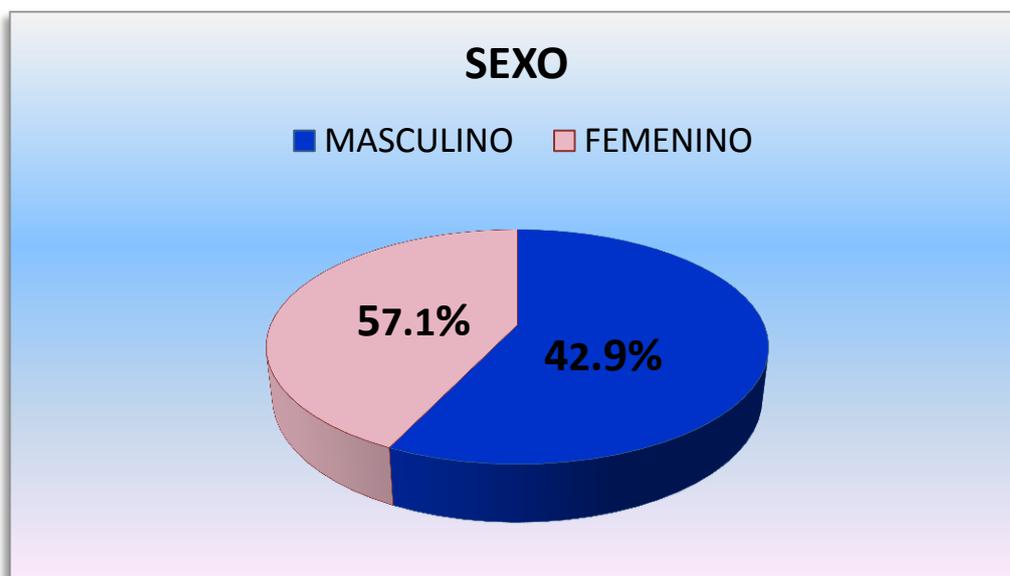


Figura 1. Sexo de los estudiantes de educación media superior

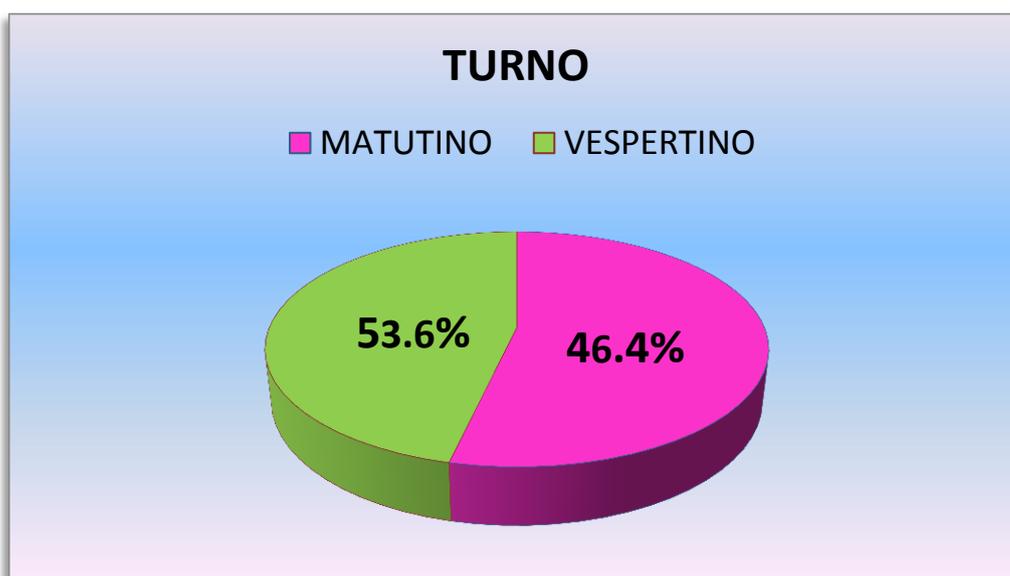


Figura 2. Turno escolar de los estudiantes de educación media superior

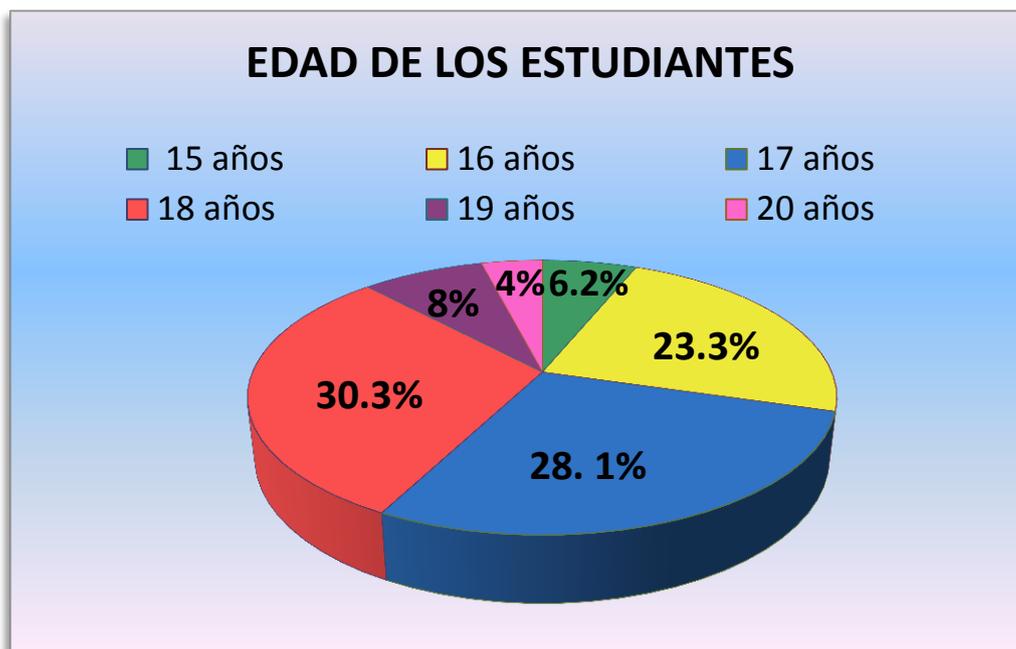


Figura 3. Edades de los estudiantes de educación media superior

Por medio del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) los estudiantes, al momento de la aplicación, reportaron un 40.7% de consumo moderado de alcohol<sup>1</sup>, el 39.3% reportó un patón de consumo de riesgo<sup>2</sup>, mientras que el 10% reportó un consumo perjudicial<sup>3</sup> y, finalmente, el 10% reportó un consumo dependiente<sup>4</sup> (Ver Figura A1 del Apéndice A).

<sup>1</sup> Consumo Moderado: Consumo de alcohol que no causa problemas para quien lo consume ni para la sociedad (Tapia, 2001), se considera no beber más de tres copas estándar por ocasión para las mujeres y, para los hombres, que no se exceda de cuatro copas por ocasión (Medina-Mora, Carreño & Ortiz, 1997 citados en Quiroga, 2008).

<sup>2</sup> Consumo de Riesgo: Consumo que excede a la moderación, el cual eleva el riesgo de sufrir consecuencias físicas, mentales y sociales relacionadas con el consumo de alcohol (OMS, 2008) tanto para el bebedor como para los demás (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Se caracteriza por un consumo de cuatro copas estándar para las mujeres y cinco copas para los hombres por ocasión o en un lapso de dos horas (NIIIA, 2004).

<sup>3</sup>Consumo Perjudicial: Consumo de alcohol que genera daños en la salud física, en la salud mental, así, como consecuencias sociales (Babor, et al., 2001). se tiende a considerar una cantidad de cinco o más copas estándar por ocasión, ya sea diariamente o por lo menos, una vez a la semana (ENA, 2002).

<sup>4</sup>Dependencia: Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (Babor, et al., 2001).

En los hombres, el 33% reportó un consumo moderado, el 43.6% un consumo de riesgo, el 12.1% un consumo perjudicial y el 11.3% un consumo dependiente (Ver figura 5 en Apéndice A), mientras que en las mujeres, el 51% reportó un consumo moderado, el 33.5% un consumo de riesgo, el 7.3% un consumo perjudicial y el 8.2% un consumo dependiente (Ver Figura A2 en Apéndice A).

Todo esto indicó una ausencia de diferencias en el consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres de esta muestra de estudiantes de educación media superior ( $t = 1.202$ ,  $p = 0.230$ ,  $gl = .230$ ) (Ver tabla A1 en Apéndice A).

Por medio del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) se observó que, en general, el 75.1% de los estudiantes se caracterizaban por no tener problemas asociados al consumo de alcohol, al momento de la aplicación, mientras que el 7.7% se encontró en riesgo de ser así.

Finalmente el 17.2% si presentaba problemas asociados al consumo de alcohol (Ver Figura B1 del Apéndice B).

En lo que corresponde a los hombres, el 69% se caracterizaba por no presentar problemas asociados al consumo de alcohol, mientras que un 9.3% se encontraban en riesgo de presentarlos. Finalmente, el 21.7% ya presentaba problemas asociados al consumo de alcohol (Ver gráfica B2 en Apéndice B). Por otro lado, el 83% de las mujeres no presentaba problemas asociados, el 5.9% se encontraba en riesgo de manifestarlos y, por último, el 11.1% ya tenía problemas asociados al consumo de alcohol (Ver Figura B3 en Apéndice B).

Los problemas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: 1) “Traté de controlar mi consumo de alcohol, bebiendo sólo en ciertas ocasiones del día o lugares” (46.6%), 2) “Deje de hacer otras cosas debido a que gasté mucho dinero en comprar alcohol” (38.8%), 3) “Trate de disminuir o dejar de consumir alcohol” (36.8%) y 4) “Falté un día o parte de un día a la escuela o el trabajo” (28.6%) (Ver Figura B4 en Apéndice B).

Ahora bien, en cuanto a la frecuencia de problemas asociados que se observaron para cada patrón de consumo de alcohol en la muestra de estudiantes, por medio del AUDIT y el IPAR, se reportó que el 100% de los hombres que presentaba un patrón de consumo moderado, ninguno tenía problemas de tipo personales-sociales asociados al consumo de alcohol (Ver Figura B5 en Apéndice B).

Para aquellos hombres que describieron un consumo de riesgo, el 95.9% no tenía problemas de tipo personales-sociales, en tanto que el 4.1% si los reportó (Ver Figura B5 en Apéndice B).

Por otra parte, los hombres que se caracterizaron por un consumo perjudicial, el 100% no presentó problemas de tipo personal-social (Ver Figura B5 en Apéndice B). En tanto que los estudiantes hombres que tenían una dependencia al alcohol, el 84.4% no manifestaba problemas de tipo personal-social, a diferencia del 15.6% que si los tenía (Ver Figura B5 en Apéndice B).

En lo que se refiere a los problemas de tipo escolar-laboral, el 100 % de los hombres que presentaba un consumo moderado y de riesgo, no mostraban este tipo de problemas (Ver Figura B6 en Apéndice B).

A diferencia de los hombres que tenían un consumo perjudicial, el 97.1% no presentaba problemas de tipo escolar-laboral, mientras que el 3.1% si los presentaba (Ver Figura B6 en Apéndice B). Finalmente, los hombres que se caracterizaban por un consumo de tipo dependiente, no reportaban problemas escolares-laborales en un 86.4%, en tanto que el 13.6% si los tenía (Ver Figura B6 en Apéndice B). Por último, respecto a los problemas de dependencia en los hombres que tenían un consumo riesgoso, un consumo perjudicial y una dependencia al alcohol, se encontró que el 100% de ellos no presentó estos problemas.

En lo que respecta a las mujeres se observó que, en cuanto a los problemas de tipo personal-social y el tipo de consumo moderado, el 100% de ellas no tenía problemas asociados (Ver Figura B7 en Apéndice B). Respecto a aquellas mujeres que tenían un consumo de riesgo, el 98.6% no describió problemas de tipo personal - social, en tanto que el 1.4% si los reportó (Ver Figura B7 en Apéndice B) mientras que, en el tipo de consumo perjudicial, en mujeres, el 93.3%, no tenía problemas de tipo personal-social, a diferencia del 6.7% que si los reportaba (Ver Figura B7 en Apéndice B). Por otra parte, el 82.4% de las mujeres que se caracterizaban por una dependencia, no presentaban problemas de tipo personal-social, en tanto que el 17.6% si los tenía (Ver Figura B7 en Apéndice B).

Posteriormente, en lo que corresponde a los problemas de tipo escolar-laboral, del 100% de las mujeres que presentaron un consumo moderado, de riesgo y dependiente no manifestaban este tipo de problemas (Ver Figura B8 en Apéndice B), a diferencia del 86.7% de mujeres que mostraban un consumo de

tipo perjudicial, las cuales no tenían problemas de esta índole y el 13.3% si los tenía (Ver Figura B8 en Apéndice B).

Por último, en lo que se refiere a problemas de dependencia, no hubo problemas para ningún patrón de consumo de alcohol.

#### *Escenario.*

La aplicación del instrumento se realizó en los laboratorios de biología y de física de una escuela pública del DF, dichos lugares contaban con el espacio suficiente y cómodo para que cada estudiante contestara los instrumentos. Las condiciones de luz y ventilación fueron adecuadas para evitar la incomodidad y fatiga de los sujetos presentes. Gracias a ello, la aplicación se desarrolló satisfactoriamente.

#### *Materiales.*

Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR), desarrollado por White & Lavouvie (1989) y traducido por Quiroga y Cabrera (2003) en estudiantes universitarios, mide los problemas asociados al consumo de alcohol. Es un instrumento de autorreporte de lápiz y papel que está conformado por 23 reactivos y, cuya aplicación, consta de 10 minutos aproximadamente. El cuestionario inicia preguntando variables demográficas, tales como la edad, el sexo y el turno en curso. En seguida, se brinda una pequeña explicación acerca de lo que el IPAR se encarga de medir y se proporcionan las instrucciones a seguir, para su posterior contestación, haciendo énfasis en la

frecuencia de ocasiones en que se presentó cada problema durante el último año. A continuación, se presentan los 23 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert, que va de 0 a 4, donde: 0 = *Nunca*; 1 = *1 - 2 veces*; 2 = *3 - 5 veces*; 3 = *6 - 10 veces*; 4 = *Más de 10 veces* (Quiroga & Cabrera, 2003).

Para obtener la puntuación en el IPAR se suman todos los números que corresponden a las respuestas. Tal sumatoria puede oscilar entre 0 y 69 puntos. En lo que corresponde a su calificación, la suma que oscila entre los 21 y 25 considera que hay una mayor posibilidad de presentar problemas, si se continúa con el consumo de alcohol. Las puntuaciones mayores de 25 puntos indican la presencia de más problemas asociados al consumo de alcohol (Goings, 2007) (ver Anexo 1).

Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Su función es identificar a las personas con un patrón de consumo riesgoso, perjudicial o dependiente; es un cuestionario que se compone de 10 reactivos y sus opciones de respuesta son de tipo Likert y oscilan entre 0 – 4. Del reactivo uno al ocho las opciones de respuesta son: **0** = *Nunca*; **1** = *Menos de una vez al mes*; **2** = *Mensualmente*; **3** = *Semanalmente*; **4** = *A diario o casi a diario*, mientras que los reactivos nueve y diez las opciones de respuesta son: **0** = *No*; **2** = *Sí, pero no en el curso del último año*; **4** = *Sí, el último año* (Babor, et al., 2001).

El AUDIT se califica al obtener la sumatoria total de las respuestas que proporciona el sujeto. Las sumatorias pueden oscilar de 0 a 40, dónde un corte de puntuación que indica un patrón de consumo de riesgo para los hombres es de 1 – 8 y para las mujeres es de 1- 5, mientras que un consumo perjudicial

para los hombres oscila entre los 9 – 20 puntos y, para las mujeres, se considera desde 6 – 20 puntos. Para describir una dependencia en hombres y mujeres se considera a partir de los 20 puntos. Tal instrumento es de autorreporte y su aplicación no lleva más de 10 minutos. Además, de que ha sido validado en más de 6 países por lo que su uso ya es internacional (Babor, et al., 2001) (ver Anexo 1).

#### *Diseño.*

Se empleó un diseño no experimental de tipo transversal, pues se trató de un trabajo, en el cual, no hubo una manipulación directa de una variable independiente y se realizó una sola medición (García, 2009) de las características de un grupo de variables, en un momento dado, y no se pretendió evaluar la evolución de tales variables (Sampieri, Fernández & Baptista, 2006).

#### *Procedimiento.*

En un principio, se llevó a cabo la aplicación del IPAR a diez alumnos que cubrieran las características de la población de estudio. Esto tuvo la finalidad de observar si las instrucciones y los reactivos de dicho instrumento eran claros. Corroborada tal información, se procedió a la aplicación colectiva de los materiales a la población de interés. Para ello, se acudió a una escuela pública de nivel medio superior del DF y se solicitó el apoyo de dos profesores para que permitieran el acceso a sus grupos en sus horas de clase correspondientes. Así mismo, se les explicó el objetivo de la presente investigación y se contó con su apoyo para llevar a cabo la aplicación colectiva.

Una vez que se permitió el acceso a cada grupo de estudiantes, a éstos se les preguntó si consumían alcohol y si querían colaborar con la contestación de unos cuestionarios, si aceptaban se les proporcionaba los cuestionarios, si no aceptaban, ellos salían del lugar. A los estudiantes que aceptaron se les agradeció su participación. A continuación, se procedió con la aplicación colectiva, donde se le proporcionó, a cada estudiante, un formato que contenía ambos instrumentos (Ver Anexo1).

En cuanto se les entregó el material a los estudiantes, se les dijo lo siguiente: *“De antemano agradecemos tu participación para contestar los siguientes cuestionarios. Este material contiene preguntas relacionadas con tu consumo de alcohol, por ello, te pedimos que tus respuestas sean completamente personales. Ante ello, nos comprometemos a que, la información que brindes, será totalmente confidencial y sólo será utilizada para realizar una investigación en la Facultad de Psicología de la UNAM”*.

*“Por favor no comiences a contestar antes de leer las debidas instrucciones. En caso de que al responder a las preguntas tengas alguna duda, las cuatro personas que venimos vestidas de color azul podemos ayudarte a aclararlas. Una vez que hayas terminado de contestar ambos cuestionarios, entréguenlos a cualquiera de las personas de azul y, en seguida, te podrás retirar. También te solicitamos que lo hagas con la mayor discreción para no interrumpir a tus compañeros que continúan trabajando”*.

Cuando todos los estudiantes tuvieron el material se leyeron, en voz alta, las instrucciones impresas para cada formato. Para el AUDIT se leyó lo siguiente: *“A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas*

*con el consumo de alcohol de los últimos 12 meses. Marca con una “X” el número de la opción que indique o refleje mejor tu conducta en relación a cada una de las preguntas. Es importante que sepas que, todas las respuestas que proporciones, serán completamente confidenciales”.*

Realizado lo anterior se les preguntó, a los estudiantes, si tenían alguna duda respecto a la manera de contestar el primer cuestionario. Aclaradas las dudas, se continuó con la lectura de las instrucciones del segundo cuestionario, el IPAR: *“En cuántas ocasiones te sucedieron las siguientes cosas cuando te encontrabas consumiendo alcohol, o como resultado de haberlo ingerido durante el último año”.* De la misma manera, se atendieron las dudas y, finalmente, se procedió a la contestación de los cuestionarios.

Cabe mencionar que la aplicación colectiva se desarrolló en dos ocasiones, la primera de ellas fue con estudiantes del turno matutino en un horario de 11:00 am a 1:00 pm; mientras que la segunda ocasión, se llevó a cabo con estudiantes del turno vespertino, en un horario de 5:00 pm a 7:00 pm. Para ambas ocasiones se contó con 4 aplicadores expertos en el área.

### *Análisis de Datos*

Los datos que se obtuvieron de la aplicación del IPAR, se analizaron por medio del programa estadístico SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences versión 18.0 el cual, en esta versión, cambia su denominación por PASW 18). Posteriormente, se corrió la Prueba de Esfericidad de Bartlett para observar si las variables estaban correlacionadas, o no, en la población (Ferrando & Anguiano - Carrasco, 2010).

En seguida se continuó con la Prueba Kaiser-Mayer-Okin (KMO) que se utilizó para evaluar el grado de relación conjunta entre las variables (Ferrando & Anguiano - Carrasco, 2010). Debido a que la Prueba de Esfericidad de Bartlett reveló un nivel de significancia menor a 0.05 ( $p = .000$ ), indicando que había alguna relación entre las variables, y que la Prueba KMO demostró una relación sustancial entre las variables (.935); tales resultados indicaron que sería apropiado realizar el Análisis Factorial (AF), (Ferrando & Anguiano - Carrasco, 2010).

Un punto importante que se tomó en cuenta durante el AF fue la rotación. Se eligió la rotación ortogonal (VARIMAX), para buscar los valores mayores a .40, para no considerar los valores intermedios y para obtener factores independientes entre sí (Abad, 2006 citado en Macía, 2010).

De esta manera, se obtuvo una matriz de datos sencilla que indicó cómo se estaban agrupando los ítems del IPAR para conformar cada factor.

Cabe mencionar, que el análisis que se corrió fue el confirmatorio, dejando de lado el análisis exploratorio, debido a que es una prueba que ya ha sido validada y que, además, cuenta con una buena correlación entre los reactivos, esto según los resultados de las pruebas KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Generados los factores resultantes del Análisis Factorial, se obtuvo la confiabilidad de cada factor por medio de la prueba Alpha de Cronbach y se llevó a cabo la interpretación de cada factor para nombrarlos. Finalmente, se obtuvo la confiabilidad total del IPAR y se empleó nuevamente la prueba Alpha de Cronbach.

También se corrió el estadístico Coeficiente de Pearson ( $r$ ) para observar si hubo correlación entre el patrón de consumo según el AUDIT y los problemas asociados al consumo de alcohol según el IPAR.

#### *Análisis de Datos Adicionales*

En la presente investigación, además, se corrieron análisis de datos adicionales con la finalidad de describir, de manera más detallada, las características de la muestra estudiada, así como identificar los patrones de consumo de alcohol en hombres y mujeres, frecuencia de los problemas asociados al consumo alcohol en hombres y mujeres y finalmente se identificó con que frecuencias se presentaron los diversos tipos de problemas asociados en relación a los diversos patrones de consumo de alcohol en hombres y mujeres.

Por medio de estadística descriptiva se corrieron las sumatorias del AUDIT y, con ello, se observó la frecuencia de los patrones de consumo de alcohol de los estudiantes de la muestra en general, de los hombres y de las mujeres.

Además se obtuvieron las diferencias del consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres por medio de la  $t$  de Student para muestras independientes.

También se obtuvieron las sumatorias del IPAR y se observaron las frecuencias de los problemas asociados al consumo de alcohol de la muestra en general, así como de los hombres y las mujeres. Paso seguido, se obtuvieron las frecuencias de los tipos de problemas asociados a cada patrón de consumo de alcohol en los hombres y en las mujeres.

## Capítulo 5: RESULTADOS

### 1. Análisis Factorial Confirmatorio

Se ejecutó el principal eje factor con rotación ortogonal (VARIMAX) con los 23 ítems empleando todos los datos de toda la muestra (N = 500). La matriz de correlación fue considerada factible, ya que los resultados de las siguientes pruebas mostraron relación entre ítems (KMO= 0.935; Prueba de Bartlett de esfericidad = 4907.79,  $p > 0.000$ ). Del análisis confirmatorio que se utilizó resultaron 22 ítems, ya que el reactivo 15 fue eliminado pues obtuvo un puntaje menor a 0.40.

Como se puede observar, en la tabla 2, los 22 reactivos resultantes, obtuvieron valores mayores a 0.40; de los cuales se conformaron 3 componentes o factores principales (ver tabla 2).

Los tres factores explican el 53.8% del total de la varianza, específicamente el primer factor explica el 23.8%, el segundo el 18.8% y el tercero explica el 11% de la varianza.

**Tabla 2. Análisis Factorial del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR).**

REACTIVO	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3
17) Me peleé, me resentí con algún miembro de mi familia.	.787		
15) Me desmaye o desvanecí repentinamente.	.747		
16) Me peleé, me resentí con algún amigo.	.719		
21) Me sentí física o psicológicamente dependiente del alcohol.	.642		
19) Sentí enloquecer.	.618		
6) Fui evitado por mis familiares.	.605		
10) Noté un cambio en mi personalidad.	.601		
2) Me peleé, actué incorrectamente o me comporte cruelmente.	.587		
20) Tuve un mal rato.	.559		
14) Repentinamente me encontré en un lugar al que no recordaba haber ido.	.458		
22) Un amigo o vecino te aconsejó que dejaras o disminuyeras tu consumo de alcohol.	.443		
3) Deje de hacer otras cosas debido a que gaste mucho dinero en comprar alcohol		.764	
5) Descuide mis responsabilidades.		.754	
4) Acudí a clases o al trabajo alcoholizado o borracho.		.714	
1) No ser capaz de hacer tu tarea o estudiar para un examen.		.698	
12) Falte un día o parte de un día, a la escuela o el trabajo.		.629	
7) Sentí que necesitaba más alcohol del que había consumido con el fin de conseguir el mismo efecto.		.574	
18) Continúe bebiendo aún cuando me había prometido no hacerlo.		.449	
8) Trate de controlar mi consumo de alcohol, bebiendo sólo en ciertas ocasiones del día o lugares.			.790
13) Trate de disminuir o dejar de consumir alcohol.			.768
9) Tuve síntomas de abstinencia; esto es, te sentías enfermo a consecuencia de que interrumpiste o disminuiste el consumo de alcohol.			.539
11) Sentí que tenía un problema con el alcohol.			.463

En el factor 1 se agruparon los reactivos 17, 15, 16, 21, 19, 6, 10, 2, 20, 14 y 22, que en general, se refieren a problemas personales y sociales; dentro de los problemas personales se ubican los problemas físicos como: “me desmaye o desvanecí repentinamente”, “me sentí física o psicológicamente dependiente del alcohol”; y psicológicos: “repentinamente me encontré en un lugar al que no recordaba haber ido”; de la dependencia psicológica: “sentí enloquecer”, “noté un cambio en mi personalidad”, “tuve un mal rato”. Ahora bien, en lo que respecta a los problemas sociales existen: “me peleé, me resentí con algún miembro de mi familia”, “me peleé, me resentí con algún amigo”, “fui evitado por mis familiares”, “me peleé, actué incorrectamente o me comporte cruelmente, “un amigo o vecino te aconsejó que dejaras o disminuyeras tu consumo de alcohol”.

En el factor 2 se agruparon los reactivos 3, 5, 4, 1, 12, 7 y 18, que se refieren, en general, a problemas que tienen que ver con el área escolar y el área laboral, como “dejar de hacer cosas por gastar mucho dinero para comprar alcohol” y “descuidar responsabilidades en la escuela o el trabajo”, con excepción de los reactivos 18 y 29, ya que el primero de ellos se refiere a la tolerancia al alcohol; mientras que el segundo indica una falta de autocontrol ante el consumo de alcohol.

En el factor 3 se agruparon los reactivos 8, 13, 9 y 11. Como se puede observar, la mayoría de los reactivos se caracteriza por describir síntomas de abstinencia como son “tratar de controlar el consumo de alcohol bebiendo sólo en ciertas ocasiones o lugares”, “tratar de disminuir o dejar de consumir alcohol”, “manifestar síntomas de abstinencia” y “sentir que se tiene un problema con el consumo de alcohol”.

## 2. Confiabilidad

En relación con la confiabilidad, el Alfa de Cronbach para el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (RAPI) fue un de 0.923 (Ver tabla 3).

Tabla 3. Alfa de Cronbach del IPAR

Alfa de Cronbach	No. de ítems
0.923	22

En relación a la confiabilidad de cada factor, de manera específica, para obtener la confiabilidad de cada uno se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach; y se obtuvieron los siguientes resultados, en lo que respecta al Factor 1: Social-Personal, este obtuvo una confiabilidad de 0.884 (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Alfa de Cronbach del Factor 1

Alfa de Cronbach	No. de ítems
0.884	11

Mientras tanto el Factor 2: Escolar-Laboral, tuvo una confiabilidad de 0.863 (Ver tabla 5).

Tabla 5. Alfa de Cronbach del Factor 2

Alfa de Cronbach	No. de Ítems
0.863	7

Finalmente para el factor 3: Dependencia presentó una confiabilidad de 0.712 (Ver tabla 6).

Tabla6. Alfa de Cronbach del Factor 3

Alfa de Cronbach	No. de Ítems
0.712	4

De manera general el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) y cada uno de los factores, presentaron una buena confiabilidad.

### 3. Validez Concurrente

Los puntajes de cada factor y el total del IPAR se correlacionaron con otras medidas de consumo y dependencia al alcohol (AUDIT), esto con la finalidad de establecer una validez concurrente, tal y como se muestra en la Tabla 7, en donde el estadístico de correlación de Pearson mostró significancia.

**Tabla7. Correlación entre el patrón de consumo de alcohol y los problemas asociados al consumo de alcohol: AUDIT - IPAR**

	<b>Audit</b>	<b>Total IPAR</b>
<b>Audit</b>	1	.606**
<b>Total IPAR</b>	0.606**	1

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

## Capítulo 6: DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue el examinar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de constructo del IPAR, traducido y adaptado para población universitaria.

Los resultados obtenidos demostraron similitud con las investigaciones previas de White & Labouvie, (1989) y de Goins (2007), ya que realizaron un Análisis Factorial con rotación ortogonal y obtuvieron una matriz factorial compuesta por tres factores. En el caso de la presente investigación se obtuvo un instrumento compuesto por 22 reactivos, y los factores que surgieron fueron los siguientes: F1: problemas personales – sociales; F2: escolares – laborales y F3: abstinencia.

Respecto a la confiabilidad para cada uno de los factores obtenidos (F1,  $\alpha = 0.884$ ; F2,  $\alpha = 0.863$ ; F3,  $\alpha = 0.712$ ) y del instrumento en general ( $\alpha = 0.923$ ), resultaron ser altas; al igual que en las investigaciones de White & Labouvie, (1989) ( $\alpha = 0.92$ ) y López, et. al. (2011) ( $\alpha = 0.85$ ).

De manera general, las características psicométricas obtenidas sugieren que el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers cuenta con una buena confiabilidad y validez de constructo al ser aplicado a una población de estudiantes mexicanos de nivel medio superior.

Las similitudes antes mencionadas, pudieron haberse debido a la edad de los participantes de las muestras utilizadas, en el presente estudio se trabajó con adolescentes con edades entre los 15 y 20 años; White & Labouvie (1989) trabajaron con adolescentes que tenían edades entre los 12 y los 18 años de

edad en la primera etapa de dicha investigación, mismos que para la segunda etapa contaban con edades que oscilaban entre los 15 y los 20 años de edad; asimismo se encuentra similitud con el estudio realizado por López, et.al. (2011), los cuales utilizaron una muestra de adolescentes con edades entre los 10 y los 18 años. En contraste esta el estudio realizado por Goins (2007), quien utilizó una muestra de estudiantes universitarios entre los 21 y 24 años de edad.

Considerando que el IPAR fue desarrollado para medir los problemas asociados al consumo de alcohol en la población adolescente de Estados Unidos (White & Labouvie, 1989), que ya fue validado para los adolescentes españoles y que en México sólo ha sido adaptado y traducido para la población universitaria (Quiroga & Cabrera, 2003); los resultados de la presente investigación determinaron que el IPAR también mide los problemas asociados al consumo de alcohol de los adolescentes mexicanos, principalmente, de los estudiantes de educación media superior.

Por otra parte, resultó de gran importancia determinar los patrones de consumo de alcohol de los estudiantes de nivel medio superior para conocer los problemas asociados al consumo de alcohol que están presentando; es por ello que la correlación significativa que se obtuvo entre el AUDIT y el IPAR ( $p = 0.000$ ,  $r = 0.606$ ), indicó un fuerte grado de relación entre el consumo de alcohol y los problemas asociados a dicho consumo, es decir, que entre mayor fue el consumo de alcohol en los adolescentes mayor fue la frecuencia de presentar problemas asociados al consumo de alcohol.

## Capítulo 7. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

- a) Aun cuando la muestra del presente estudio fue grande ( $n = 500$ ), la composición de la misma presenta limitaciones y por ende restringe la generalización de estos resultados. Por ello, se recomienda realizar investigaciones con una población similar y aumentando el número de participantes, para una posible estandarización del IPAR.
- b) A pesar de que en la muestra del presente estudio tanto los hombres (57.1%) como las mujeres (42.9%) estuvieron bien distribuidos, se recomienda una equivalencia en la distribución de la misma, es decir, 50% hombres y 50% mujeres.
- c) Al momento de la aplicación de los instrumentos sólo se pudo contar con una mayor cantidad de consumidores moderados de alcohol (40.7%), seguidos de consumidores riesgosos (39.3%), consumidores perjudiciales (10%) y dependientes (10%), ante esto, es necesario que se cuente con una muestra que contenga la misma cantidad de participantes en los grupos de consumidores, por ejemplo, que exista un 20% de no consumidores, 20% de consumidores moderados, 20% de consumidores de riesgo, un 20% de consumidores perjudiciales y finalmente, un 20% de consumidores dependientes.

- d) Aunque la correlación entre AUDIT-IPAR fue estadísticamente significativa, se recomienda la utilización de otros instrumentos que midan los patrones de consumo de alcohol en la población adolescente, para determinar si el IPAR tiene correlación con tales instrumentos.
- e) Los datos que se obtuvieron tanto del AUDIT como el IPAR, fueron por medio del autorreporte, esto indica que se carece de una validez colateral, por lo que se recomienda complementar la información por medio de otros métodos de medición.
- f) Finalmente, los resultados de la presente investigación son favorables únicamente para la población de estudiantes de educación media superior, por ello no se pueden generalizar a otras poblaciones de adolescentes clínicas y no clínicas. Ante esto, se recomienda además de los puntos anteriores, tener una mayor distribución de adolescentes mexicanos.

## CONCLUSIONES

Considerando los resultados obtenidos y las limitaciones existentes se concluye lo siguiente:

- a) Que el IPAR posee una importancia en el área de la medición, ya que, al ser validado y confiabilizado para la población de estudiantes mexicanos de nivel medio superior, es un instrumento válido y confiable que mide los problemas asociados al consumo de alcohol para dicha población.
- b) En el área clínica específicamente en el campo de las adicciones, el uso del IPAR resulta importante para los procesos de evaluación del usuario de alcohol, ya que, como instrumento de medición de los problemas asociados al consumo de alcohol, su importancia radica en que a los especialistas del área les permite observar con qué frecuencia se están presentando los problemas asociados al consumo de alcohol
- c) Asimismo, este instrumento permite identificar los diversos tipos de problemas que presenta el usuario. De esta manera, el IPAR contribuye a que se realice una evaluación más detallada acerca de las necesidades del usuario, principalmente de aquellos que son estudiantes de nivel medio superior, de igual forma ayuda a elaborar un plan de intervención factible para él.
- d) Existió una correlación estadísticamente significativa entre el AUDIT-IPAR. Lo cual constata la validez concurrente del IPAR.

## ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



EDAD:	SEXO: M F	TURNO:
-------	-----------	--------

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el consumo de alcohol durante el último año, marca con una "X" el número de la opción que indique o refleje mejor tu conducta en relación a cada una de las preguntas. Es importante que sepas que todas las respuestas que proporciones serán completamente confidenciales.

1) ¿Qué tan frecuente tomas bebidas alcohólicas?	1) Nunca 2) Una vez al mes o menos 3) Dos o cuatro veces al mes 4) Dos o tres veces por semana 5) Cuatro o más veces por semana
2) ¿Cuántas copas te tomas en un día típico común de los que bebes?	1) 1 ó 2 2) 3 ó 4 3) 5 ó 6 4) 7 ó 9 5) 10 ó más
3) ¿Qué tan frecuente tomas 6 ó más copas por ocasión?	1) Nunca 2) Menos de 1 vez por mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario
4) ¿Con qué frecuencia en el último año has sido incapaz de parar de beber una vez que iniciaste?	1) Nunca 2) Menos de 1 vez por mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario
5) ¿Con qué frecuencia en el último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti por haber bebido?	1) Nunca 2) Menos de 1 vez por mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario
6) ¿Con qué frecuencia en el último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	1) Nunca 2) Menos de 1 vez por mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario
7) ¿Con qué frecuencia en el último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa por haber bebido?	1) Nunca 2) Menos de 1 vez por mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario

8) ¿Con qué frecuencia en el último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior por haber bebido?	1) Nunca 2) Menos de 1 vez por mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario
9) ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque tu hayas bebido?	1) No 2) Si, pero no en el último año 3) Si, en el último año
10) ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?	1) No 2) Si, pero no en el último año 3) Si, en el último año

<b>¿En cuántas ocasiones te sucedieron las siguientes cosas cuando te encontrabas consumiendo alcohol o como resultado de haberlo ingerido durante el último año?</b>	<b>Nunca</b>	<b>De 1 a 2 veces</b>	<b>De 3 a 5 veces</b>	<b>De 6 a 10 veces</b>	<b>Más de 10 veces</b>
11) No ser capaz de hacer tu tarea o estudiar para un examen.	0	1	2	3	4
12) Me peleé, actué incorrectamente o me comporte cruelmente.	0	1	2	3	4
13) Deje de hacer otras cosas debido a que gaste mucho dinero en comprar alcohol.	0	1	2	3	4
14) Acudí a clases o al trabajo alcoholizado o borracho.	0	1	2	3	4
15) Cause vergüenza o malestar a alguien más.	0	1	2	3	4
16) Descuide mis responsabilidades.	0	1	2	3	4
17) Fui evitado por mis familiares.	0	1	2	3	4
18) Sentí que necesitaba más alcohol del que había consumido con el fin de conseguir el mismo efecto.	0	1	2	3	4
19) Trate de controlar mi consumo de alcohol, bebiendo sólo en ciertas ocasiones del día o lugares.	0	1	2	3	4
20) Tuve síntomas de abstinencia; esto es, te sentías enfermo a consecuencia de que interrumpiste o disminuiste el consumo de alcohol.	0	1	2	3	4
21) Noté un cambio en mi personalidad.	0	1	2	3	4
22) Sentí que tenía un problema con el alcohol.	0	1	2	3	4
23) Falte un día o parte de un día, a la escuela o el trabajo.	0	1	2	3	4
24) Trate de disminuir o dejar de consumir alcohol.	0	1	2	3	4
25) Repentinamente me encontré en un lugar al que no recordaba haber ido.	0	1	2	3	4
26) Me desmaye o desvanecí repentinamente.	0	1	2	3	4
27) Me peleé, me resentí con algún amigo.	0	1	2	3	4
28) Me peleé, me resentí con algún miembro de mi familia.	0	1	2	3	4
29) Continúe bebiendo aún cuando me había prometido no hacerlo.	0	1	2	3	4
30) Sentí enloquecer.	0	1	2	3	4
31) Tuve un mal rato.	0	1	2	3	4
32) Me sentí física o psicológicamente dependiente del alcohol.	0	1	2	3	4
33) Un amigo o vecino te aconsejo que dejaras o disminuyeras tu consumo de alcohol.	0	1	2	3	4

¡GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!

## Apéndice A

### Consumo de Alcohol de los Estudiantes de Educación Media Superior



Figura A1. Patrones de consumo de alcohol de los estudiantes de educación media superior según el AUDIT

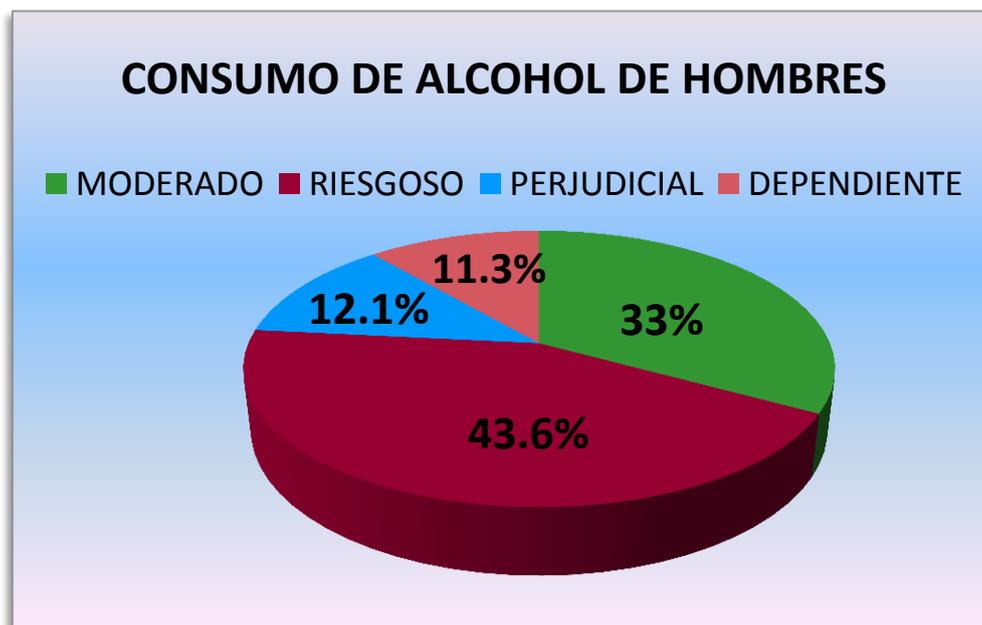


Figura A2. Patrones de consumo de alcohol en hombres estudiantes de educación media superior según el AUDIT



Gráfica A6. Patrones de consumo de alcohol en mujeres de educación media superior según el AUDIT

Tabla A1. Diferencias en los patrones de consumo de alcohol entre hombres y mujeres de educación media superior según la *t* de Student para muestras independientes

	T	gl	p
Consumo hombres y mujeres	1.202	467	.230

## Apéndice B

### Problemas Asociados al Consumo de Alcohol en Estudiantes de Educación Media Superior

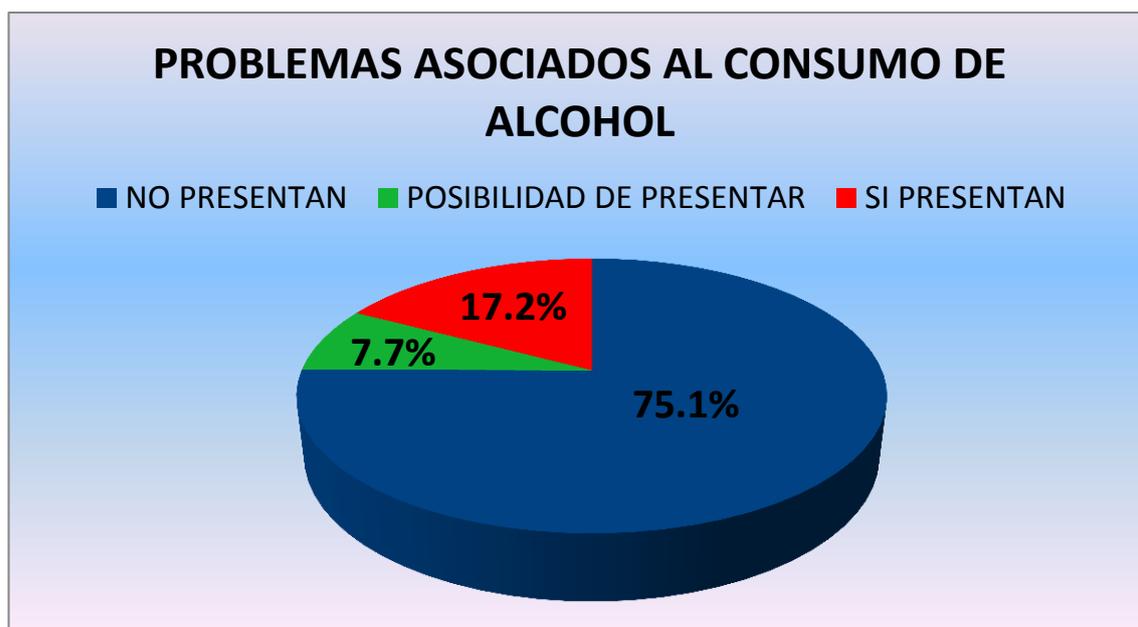


Figura B1. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes de educación media superior según el IPAR

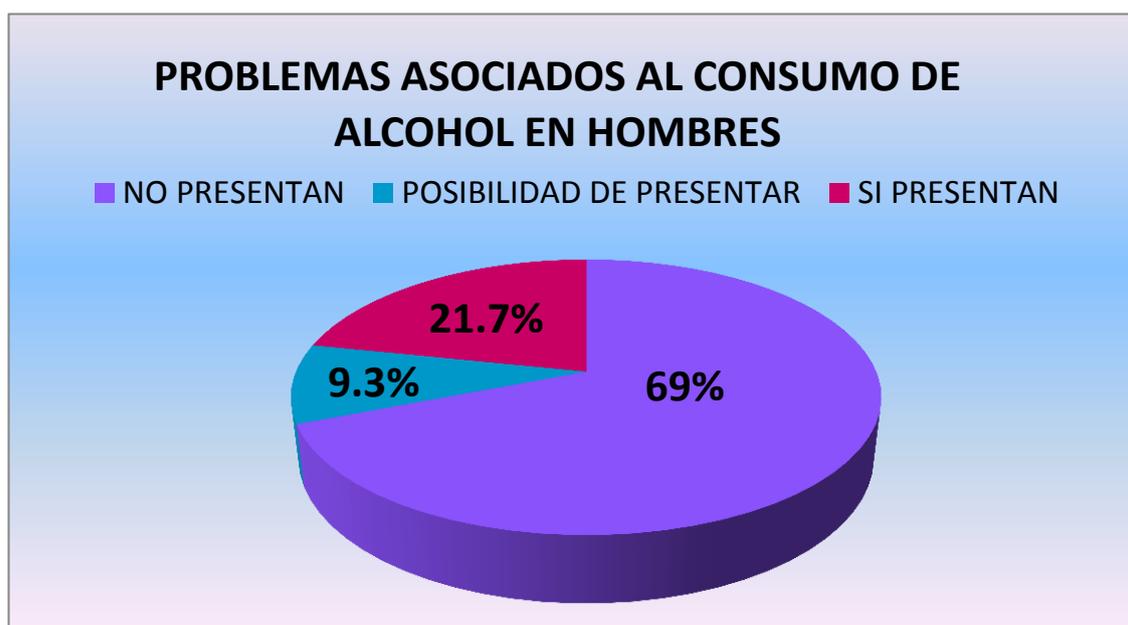


Figura B2. Problemas asociados al consumo de alcohol en hombres estudiantes de educación media superior según el IPAR

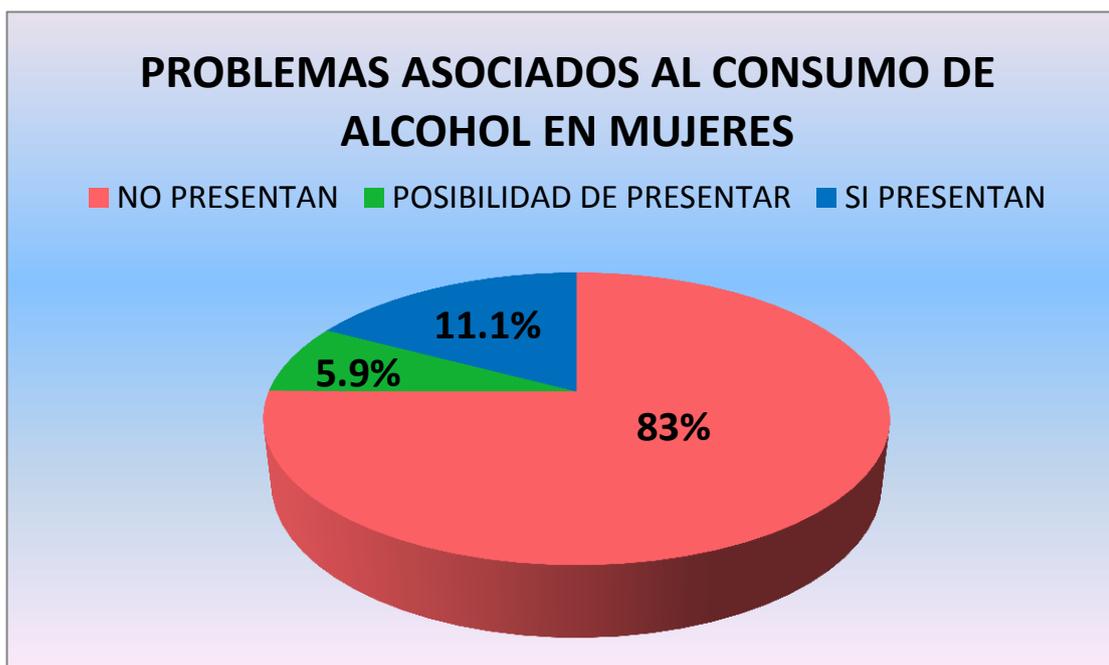


Figura B3. Problemas asociados al consumo de alcohol en hombres estudiantes de educación media superior según el IPAR

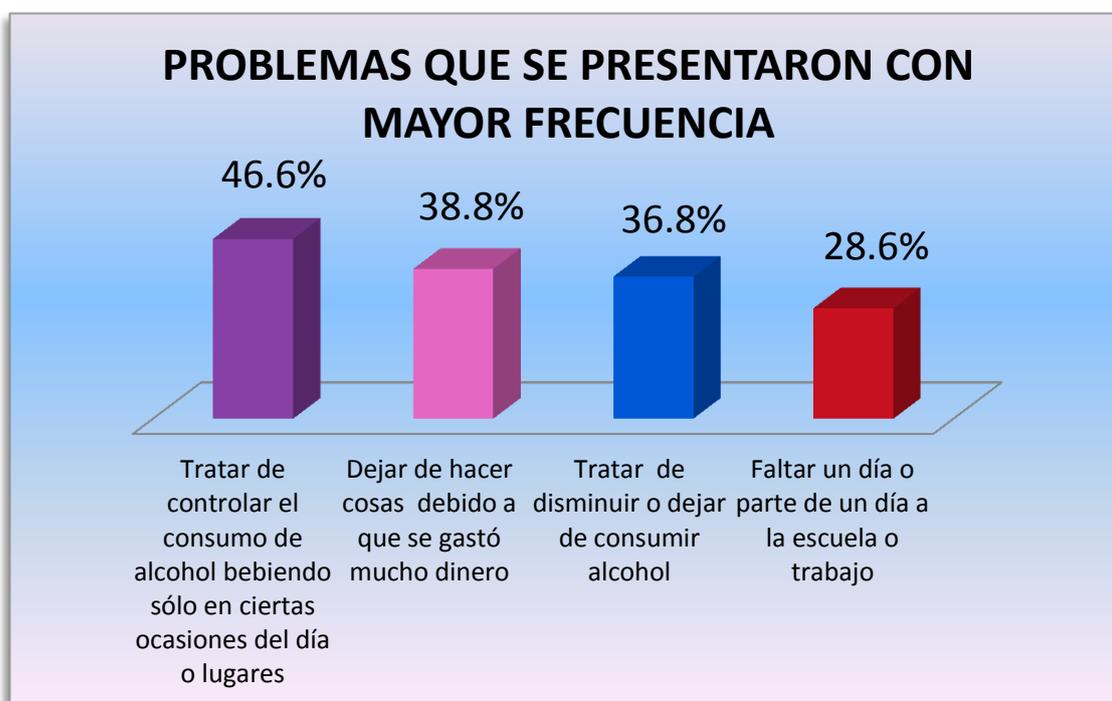


Figura B4. Problemas que se presentaron con mayor frecuencia en los estudiantes de educación media superior según el IPAR

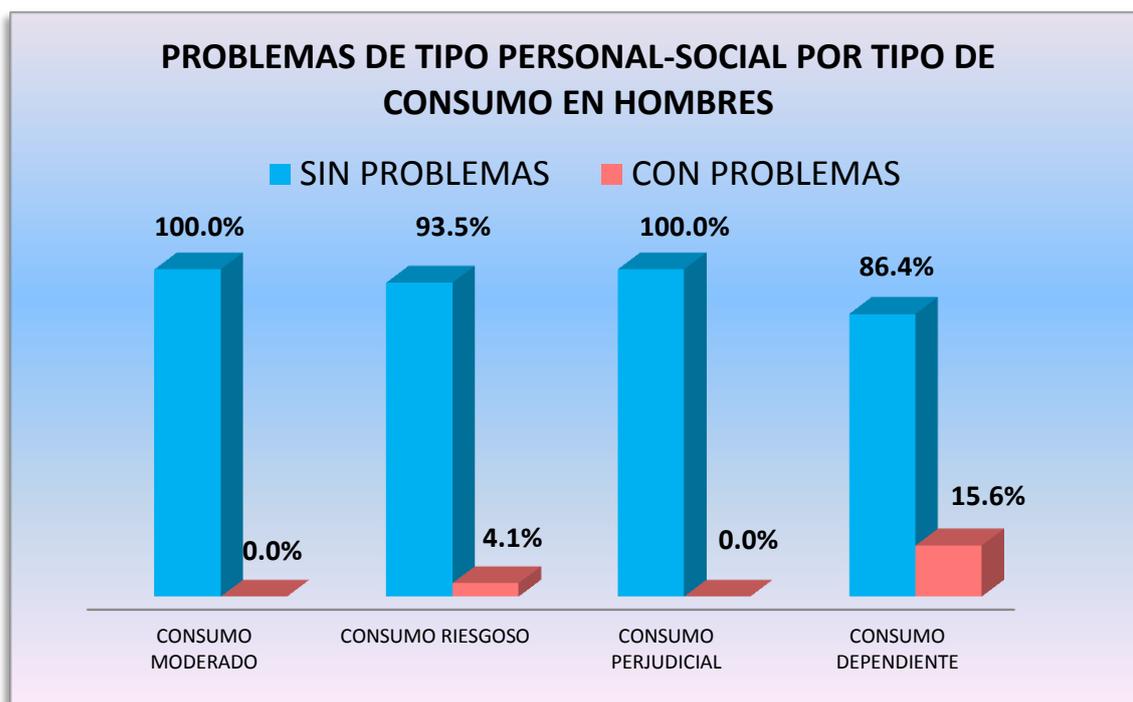


Figura B5. Problemas de tipo personal-social por tipo de consumo en hombres estudiantes de educación media superior según el AUDIT e IPAR

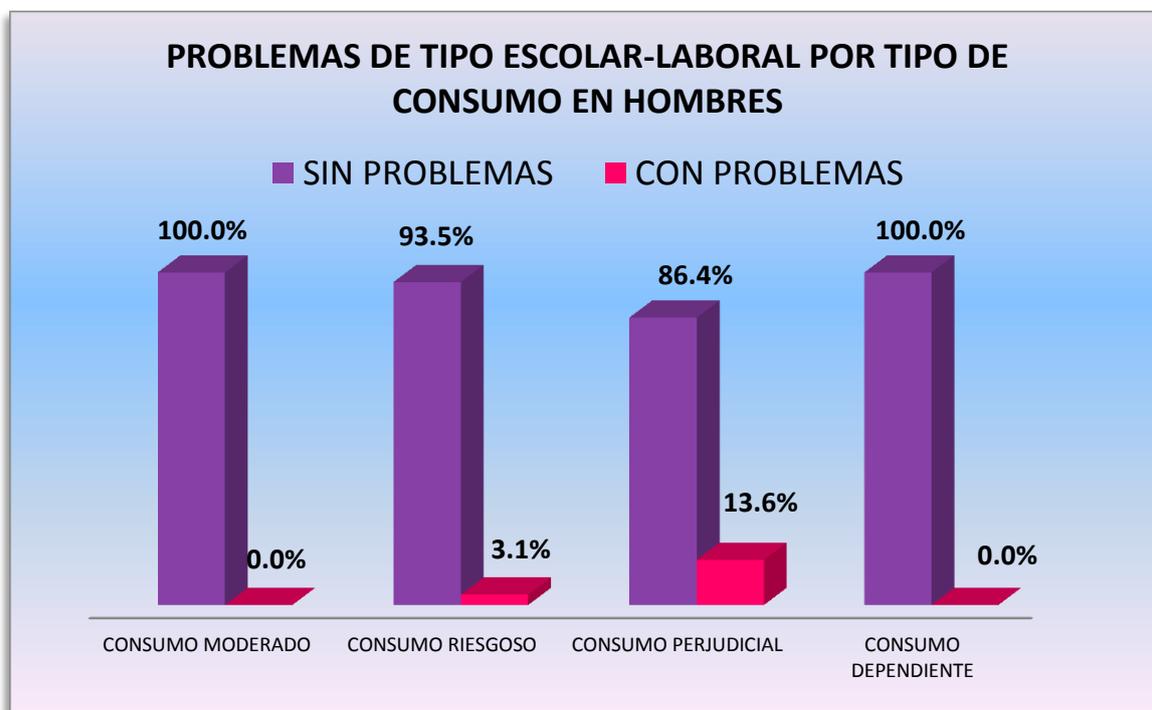


Figura B6. Problemas de tipo escolar-laboral por tipo de consumo en hombres de educación media superior según el AUDIT e IPAR

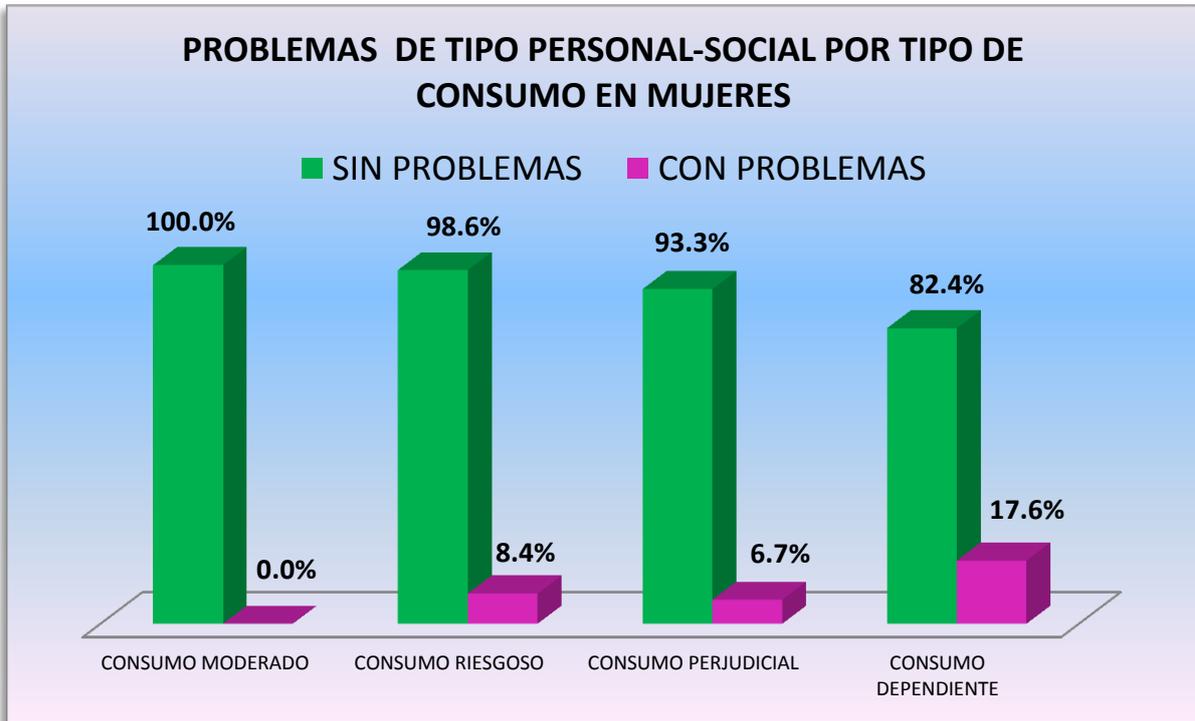


Figura B7. Problemas de tipo personal social por tipo de consumo en mujeres de educación media superior según el AUDIT e IPAR

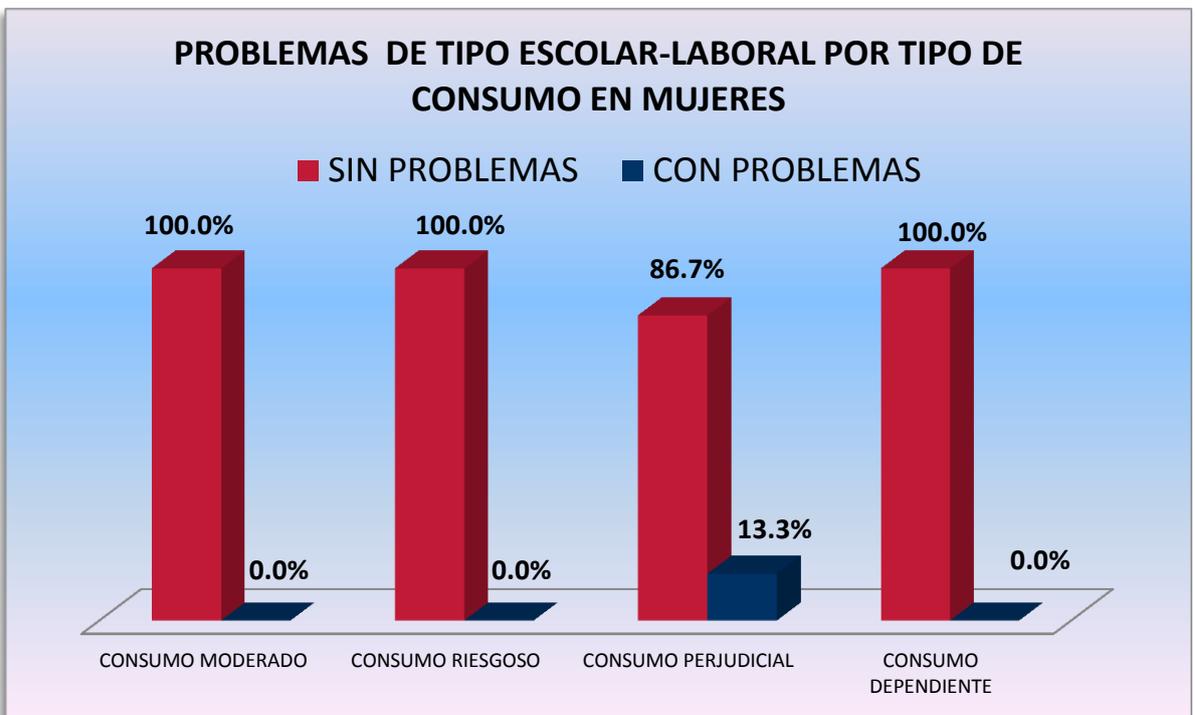


Figura B8. Problemas de tipo escolar-laboral por tipo de consumo en mujeres de educación media superior según el AUDIT e IPAR

## REFERENCIAS

- Aliaga, J. (2007). *Psicometría: Test psicométricos, Confiabilidad y Validez*. Recuperado de: <http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/05LibroEAPAliaga.pdf> 9/ enero/2011
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. Vol. 5 (17).
- Babor, T., Higgins - Biddle, J., Saunders, B. & Monteiro, M. (2001). *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Bastida, N. (2002). Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. *Adicciones*. Vol. 14, núm. 1.
- Batista-Foguet, J., Coenders, G. & Alonso. J. (2004). Análisis Factorial confirmatorio, su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin (Barc)*, Vol. 122, núm.1.
- Becoña, E. (2003). Evaluación conductual de la dependencia alcohólica. En Sociedad española de toxicomanías. Manual Set de alcoholismo. Madrid: Médica Panamericana. Recuperado de: [http://books.google.com.mx/books?id=MDnkBernRLMC&pg=PA38&lpg=PA38&dq=teor%C3%ADa+del+aprendizaje+social+marlatt&source=bl&ots=aRitqOjckc&sig=nOKa2JxufwM29nNmtNuvlkrctE&hl=es&ei=WymNTuKOI7OGsgK mipG7AQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=8&sqj=](http://books.google.com.mx/books?id=MDnkBernRLMC&pg=PA38&lpg=PA38&dq=teor%C3%ADa+del+aprendizaje+social+marlatt&source=bl&ots=aRitqOjckc&sig=nOKa2JxufwM29nNmtNuvlkrctE&hl=es&ei=WymNTuKOI7OGsgK mipG7AQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=8&sqj=)

[2&ved=0CFMQ6AEwBw#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20del%20aprendizaje%20social%20&f=false](http://www.cij.gob.mx/cijcontigo/Problemas.asp)

Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28 (1).

Brailowsky, S. (1998). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Calafat, A. & Juan, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, vol. 15, núm. 2.

Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación.

Carrasco, A., Barriga, S. & León, J. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 9, núm.2.

Carrillo, J. (2004). *Consumo de drogas: ¿qué hacer?* México: Trillas.

Cea D'Ancona, M. (Septiembre, 2004). La senda tortuosa de la «calidad» de la encuesta. Trabajo presentado en el VIII Congreso Español de Sociología: El reto de la calidad de la investigación mediante encuesta. Alicante, España.

Centros de Integración Juvenil A.C. (2011). *¿Problemas con el alcohol?* Revisado en: <http://www.cij.gob.mx/cijcontigo/Problemas.asp>  
25/08/2011

Díaz, B. & García - Aurrecoechea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Pública*. Vol. 24 (4).

Díaz, M. L., Díaz, M. A., Hernández-Ávila, C., Fernández, H., Solís, C. et al. (2009). El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato. *Salud Mental*. Vol. 32. núm. 6.

Encuesta Nacional de Adicciones. (2002). Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2002.html> 01/10/10

Encuesta Nacional de Adicciones. (2008). Recuperado de: [http://www.insp.mx/Portal/Inf/ENA08\\_nacional.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Inf/ENA08_nacional.pdf) 01/10/10

Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*. Vol. 15, núm. 2.

Fernández, C. (2010). *Los jóvenes y el alcohol en México. Un problema emergente en las mujeres*. Centros de Integración Juvenil A.C.

Fernández, C., Alpizar, G., Gómez, P. & Sandoval, L. (2004). *Mujer y drogas*. Centros de Integración Juvenil. A.C.

Ferrando, J. & Anguiano - Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*. Vol. 31 (1).

García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México: El manual Moderno.

García-Garro. A., Ramos-Ortega., Díaz. M. & Olvera-Chávez. A. (2007). Instrumentos de Evaluación. *Rev. Mexicana de Anestiosología*. Vol. 30. núm. 3.

Goings, C. (2007). *Examination of the Rutgers Alcohol Problem Index: Testing the Unidimensional Properties of the Factor Structure*. (Tesis de maestría). University of North Carolina Wilmington.

González, A. (2001). *Soluciones para convivir con un alcohólico*. Colombia: Árbol.

González, C. (2005). Alcohol: Cuánto es demasiado. *El Cotidiano*. Vol. 20. Núm. 132.

González, F. (2006). Instrumentos de evaluación y diagnóstico en drogodependencias. Recuperado de: [http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodepend/ponencias5/Instrumentos de evaluacixn y diagnoxstico\\_en\\_drogodependencias.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodepend/ponencias5/Instrumentos_de_evaluacion_y_diagnostico_en_drogodependencias.pdf) 3/febrero/2011

González, L. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Ciencias Médicas.

Hernández, S., Fernández, C & Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, L. & Sánchez, S. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo - conductual para trastornos de la salud. Libros en red. Recuperado de: [http://books.google.com.mx/books?hl=es&id=EzlwZg\\_aH6AC&dq=teor%C3%ADa+del+aprendizaje+social+niaura&q=manual+set+de+alcoholismo#v=onepage&q=set%20de%20alcoholismo&f=false](http://books.google.com.mx/books?hl=es&id=EzlwZg_aH6AC&dq=teor%C3%ADa+del+aprendizaje+social+niaura&q=manual+set+de+alcoholismo#v=onepage&q=set%20de%20alcoholismo&f=false)

Informe sobre Alcohol. (2007). Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf) 15/06/2011

Jiménez-Arriero, M., Pascual, P., Flórez, M., & Contel, G. (2007). *Guía Clínica: Alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Jiménez, M., Monasor, R. & Rubio, G. (2003). Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, vol. 5, núm1.

Jiménez, M., Pascual, F., Floréz, G. & Contel, M. (2008). *Alcoholismo*, Barcelona: Socidrogalcohol.

López, N., Fernández, A., Fernández, H., Weidberg, L., Barrial, V., et al. (2011). *Adaptación y validación española del Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI)*. Póster presentado en las XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol celebradas en el Palacio de Congresos de Madrid.

Macía, F. (2010). Validez de los test y el análisis factorial: Nociones generales. *Ciencia & Trabajo*. Núm. 35. Año. 12.

Manual de Publicaciones de la American Psychological Association. (2010). México: Manual Moderno. 3a Edición.

Mariño, M., González - Forteza, C., Andrade, P. & Medina - Mora, M. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*. Vol. 21. No. 1

- Martin. M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. Vol. 5, núm.17.
- Martínez, K., Salazar, M, Pedrosa, F, Ruíz, G., & Ayala, H. (2008). *Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Salud mental. Vol. 31. Núm. 2.*
- Martínez, K., Salazar, M., Ruíz, G., Barrientos, V. & Ayala, H. (2009). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de alcohol y otras drogas: Manual del terapeuta*. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Monteiro, M. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Mora - Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, vol.42, núm. 33.
- Morrison, J. (2008). *DSM - IV. Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- National Institute on Drug Abuse. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Recuperado de: [http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RBook\\_spanish.pdf](http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RBook_spanish.pdf)  
10/12/2010

- National Institute on Alcohol Abuse Alcoholism. (2005). Guía de bolsillo. Indagación del consumo de alcohol y una intervención breve. Recuperado de: [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/PocketGuide/Spanish/pocket\\_guide\\_sp.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/PocketGuide/Spanish/pocket_guide_sp.htm) 20/08/2011
- Neal, D., Corbin, W., Fromme, K. (2006). Psychological Assessment. Vol. 18(4).
- Noel, M., O'Connor, R., Boudreau, B., Mushquash, C., Comeau, N., Stevens, D., et al. (2010). The Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI): A Comparison of Cut-Points in First Nations Mi'kmaq and Non-Aboriginal Adolescents in Rural Nova Scotia. *Int J Ment Health Addiction*. Vol.8.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Oviedo. H. & Campo-Arias. A., (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de cronbach. *Rev.Colomb.Psiquiatr*. Vol. 34. núm.4.
- Pasquale, G. & Gabriele, G. (2009). *Alcohol y deporte*. Recuperado de: <http://portal.inder.cu/index.php/recursos-informacionales/info-retrospectiva/traduccion-cient-tecnica/551-alcohol-y-deporte> 16/02/2011
- Peñafiel, E. (2009). Factores de Riesgo y Protección en Grupos de Adolescentes Policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol.9.

- Pereiro, G. (2006). Monografía Patología Orgánica en Adicciones: Adicciones. Vol. 18, suplemento 1.
- Pilatti, A., Castillo, D., Martínez, M., Acuña, I., Godoy, J. & Brussino, S. (2010). Identificación de patrones de consumo de alcohol en adolescentes mediante análisis de clases latentes. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 12. núm. 1.
- Prado, A. & Ruiz, M. (2002). SPSS 11. *Guía para el análisis de datos*. Madrid: Mc Graw- Hill.
- Prieto, A. & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del psicólogo*. Vol. 31. núm.1.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003b). Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 50. No. 1.
- Quiroga, A. H. (2008). Evaluación de un modelo Cognitivo – Conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. (Tesis doctoral), México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Rebolledo, E., Ortega, N. & Pillon, S. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev, Latino-am Enfermagem*, vol. 12, número especial.

Ruiz, C. Validez: Recuperado de:  
[http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20UC  
LA%20Art.%20Validez.pdf](http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20UC%20LA%20Art.%20Validez.pdf) 13/01/2011

Ruiz, C., Méndez, D., Prieto, G., Romano, A., Caynas, S., et al. (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*. Vol. 33. No. 6.

Rutgers Center of Alcohol Studies. (2010). Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). Recuperado de:  
[http://alcoholstudies.rutgers.edu/research/prevention\\_etiology/health hu  
man\\_development/RAPI.html](http://alcoholstudies.rutgers.edu/research/prevention_etiology/health_human_development/RAPI.html) 13/enero/2011

Sáiz, P., Portilla, G-Portilla, M., Paredes, M., Bascarán, M. & Bobes, G. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, vol. 14, núm.1.

Salamó, A., Gras, P. & Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*. Vol. 22. Núm. 2.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la Adolescencia*. España: McGrawHill/Interamericana.

Solórzano, N., Gaitán, P., Uribe, M., Castro, E., Llanes, J. & Carreño, A. (2007). Estudio de riesgo-protección psicosocial en estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. *Liber Addictus*, núm. 99.

Tapia, C. (2001). *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: el manual Moderno.

Torres, M., Palma, M., Iannini, J. & Moreno, S. (2006). Validación de la prueba Young Adult Alcohol Problems Screening Test, YAAPST, en un grupo de estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. *Univ. Psychol*. Vol. 5 núm.1.

- Valverde, J., Farías, E., & Benitez-Guerra, G. (2009). *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 32. núm. 2.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Oliva, N., Bretón, M., et al. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*. Vol. 34. No. 2.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz del Valle, N., Moreno, M., López, L., Gaytán, F., et al. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*. Vol. 32. No. 4.
- Villatoro, J., Medina- Mora, M., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N., Bermúdez, P. (2005). La Encuesta de Estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*. Vol. 28. No. 1.
- Villatoro, J., Medina- Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., et al. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes, Medición otoño del 2000. *Salud Mental*. Vol. 25. No. 001.
- White, H. R. & Lavouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 50. No. 1.