

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Significados que tienen los estudiantes de la
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel San Lorenzo
Tezonco, sobre el consumo del alcohol y alcoholismo; y como
contribuyen a su proceso de salud-enfermedad; una mirada desde la
promoción de la salud, durante el semestre 2019-I**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

MARIANA GUADALUPE RÍOS VELÁZQUEZ

DIRECTOR

MTRO. PEDRO LEONEL ARREOLA MEDINA

Ciudad de México, noviembre de 2020.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

A la UACM por la facilidades y apoyos para para mi formación académica.

A mi director de tesis el Mtro. Pedro Leonel Medina Arreola, por tenerme la paciencia y dedicación al enseñarme a través de sus conocimientos y reflexiones. Por depositar en mí la confianza, su apoyo, las pláticas y los café, su calidez humana, mil gracias.

Al Dr. Juan Manuel Mendoza Rodríguez, por su apoyo, orientación y dedicación para descubrir el conocimiento, sensibilizar los sentidos y la motivación para seguir explorando el mundo.

Al Dr. Miguel Ángel Palomino Garibay. Por su apoyo, conocimientos y atenciones para continuar con mi preparación académica, por ser un ejemplo y admiración.

Al Lic. Rodrigo Leyva Sánchez por su apoyo y dedicación para la revisión de esta investigación, a través de sus observaciones conocer mis fortalezas y debilidades sentar las reflexiones para plantearme un futuro profesional.

A los estudiantes de la UACM –SLT, que contestando las encuestas, así como el grupo focal, que participaron en la instigación durante el 2019-I.

DEDICATORIA

A mi hija

Anairam Alondra, por ser mi principal motivo de la vida, el ser que admiro y veo disfrutar cada día de aprender y maravillarse del conocimiento, de enseñarme a vivir y crecer a su lado.

A mis padres

Zozimo y Adela por ser la luz y la fuerza que me sostienen en el cielo y la tierra, que cada paso que doy estará retribuido su esfuerzo, sus enseñanzas, los valores y el amor y su poyo infinito.

A mis hermanos

Roberto, Berenice, Ricardo y Federico, por ser mis héroes, mi apoyo, mi orgullo, la unión de uno, mis guías y por creer en mí, y yo en ustedes mil gracias.

A mis seres del cielo

Principalmente a DIOS que me ilumina para crecer, Carmen, Vicente, profe Jesús, que dejaron huella en mí.

A mis abuelos

Eustorgio, María, Venancio, Anastasia como un reconocimiento a su vida, sus vivencias, su humildad y humanidad, sobretodo ser la portadora del legado de uno hacia el futuro.

A mis amigas y compañeros que compartimos los saberes y vivencias en aula: Nancy, Tania, Norma, Katya, Wendy, Miguel, Octavio.

A mi compañero A.A.O. Por el apoyo, comprensión y cariño para compartir un logro más.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	10
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	11
OBJETIVO GENERAL:	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	12
CAPÍTULO I.....	13
CONTEXTO HISTÓRICO Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	
1.1 Antecedentes del consumo de alcohol en México	13
1.2 El alcohol y sus generalidades biopsicosociales.....	18
1.3 ¿Qué es el consumo de alcohol?	24
1.4 ¿Qué es el alcoholismo? Sus conceptualizaciones teóricas.....	35
1.5 El proceso salud- enfermedad a partir de las diferentes conceptualizaciones de salud	42
1.6 Respuestas frente a la problemática del consumo de alcohol y alcoholismo	51
CAPITULO II.....	63
LOS SIGNIFICADOS: SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO	
2.1 ¿Qué son los significados?	63
2.2 La construcción de los significados como parte de la realidad social	67
2.3 Significados del consumo de alcohol y alcoholismo en estudiantes universitarios.....	71

CAPÍTULO III	74
--------------------	----

EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO DESDE LOS
PLANTEAMIENTOS DE CADA UNA DE LAS CONFERENCIAS DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD

3.1 Antecedentes históricos de la promoción de la salud	74
3.2 Miradas de la Promoción de la salud	87

CAPITULO IV	92
-------------------	----

MARCO REFERENCIAL

4.1 Alcaldía Iztapalapa	92
4.2 San Lorenzo Tezonco (SLT)	96
4.3 Creación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)	99
4.4 Estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México	102
“Nada humano me es ajeno”	102

CAPÍTULO V	108
------------------	-----

5.1 Metodología	108
5.2 Diseño metodológico	110

CAPÍTULO VI	114
-------------------	-----

6.1 Presentación de Resultados y Análisis	114
6.2 Conclusiones / Discusiones	129

BIBLIOGRAFÍA	138
--------------------	-----

ANEXOS	143
--------------	-----

Introducción

En el marco de su proceso evolutivo, el ser humano ha ido explorando su entorno a través del aprendizaje y la construcción de conocimientos, que le permitieron adaptarse a su medio y reinventarse una y otra vez; inmerso dentro de una sociedad que está determinada por la cultura, la política, la economía y la educación, para crear su identidad hasta lo que actualmente se conoce como hombre moderno.

Cuya práctica cotidiana tanto para sembrar como cosechar, cumplía con satisfacer su alimentación a la par de experiencias positivas al probar frutos fermentados, que le generaban efectos nuevos en el organismo, que ya no solo eran el de alimentarse; por lo que su constante exceso desencadenaron aspectos negativos.

Así podríamos decir que, paradójicamente, pasa lo mismo con el consumo de alcohol, que inicialmente surgió por la necesidad del ser humano por alimentarse y conocer efectos nuevos en su organismo, que el uso en exceso, derivó en aspectos negativos de su entorno asociados a problemáticas sociales, económicas y sobretodo de salud que desencadenan enfermedades o en casos extremos la pérdida de la vida.

Por ello que se han realizado diversos estudios e investigaciones, ejemplo de ello es la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien estima en el 2012 “murieron en el mundo alrededor de 3.3 millones de personas [...] lo que equivale a uno de cada veinte muertes en el mundo (relacionadas con el alcohol) del cual un 7,6% corresponde a hombres, y un 4,0% a mujeres”.¹

Del mismo modo México, ha realizado investigaciones a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA,2011), donde los resultados nacionales refieren que la prevalencia del consumo de alcohol en la población total de 12 a 65 años, aumento en el rubro del “ último mes” qué paso de 19.2% a 31.6% , al igual

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington D.C, 2015, pág. 28.

la categoría por sexo, con el rubro consumo de alcohol en el “último mes” se observó en las mujeres un posicionamiento que paso del 7.4% a 19.7%.²

Ahora bien, el conocer las investigaciones que se han realizado sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo, estadísticamente nos da un panorama sobre la magnitud enfocada directamente a edades de inicio, patrones de consumo o bebidas de preferencia; donde dejan un sesgo de lado en cuanto a la percepción y significados que se tienen de estos. Que sin duda nos pone a pensar para plantearnos esta investigación en los estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), para conocer la percepción que tienen y cómo estos contribuyen a su proceso salud-enfermedad.

De modo que, a pesar que desencadenen problemas relacionados con accidentes, lesiones, embarazos no deseados o a temprana edad; es una práctica socialmente aceptada y naturalizada. Sin percibir que su consumo en exceso repercute principalmente en la salud de la calidad de vida de los futuros profesionistas que se encuentran en una etapa de mayor transcendencia en su vida.

Ya que se consideran la próxima generación económicamente productiva que incursiona en el ámbito laboral que conllevaran al desarrollo y producción del país; de modo que de incrementarse esta problemática, para el sector salud será mayor la carga atribuida a atender las enfermedades o tratamientos derivados de un consumo de alcohol en exceso. Ahora bien, los estudiantes de la UACM, en específico del plantel San Lorenzo Tezonco no son la excepción, debido a la serie de problemáticas en la que se ven expuestos. Por lo que esta investigación se construye entorno a los planteamientos relacionados con la promoción de la salud, en específico del proceso salud enfermedad de la siguiente manera:

En el primer capítulo se da un contexto social e histórico sobre el alcohol en relación al proceso salud- enfermedad, iniciando con un recuento donde el alcohol ha tenido distintas funciones dentro de las civilizaciones en específico los mexicas, quienes adoraban al dios del pulque, (Octli), representado por un conejo, y la

² Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), *Reporte de Alcohol*, México, 2012, p.25

diosa Mayahuel, vestida de blanco y sentada encima de un maguey, quien representaba las bebidas espirituosas, sobre la fertilidad y lo femenino; ambos eran consumidos dentro de las fiestas y banquetes, por sacerdotes o guerreros.

Este consumo con el paso del tiempo fue tomando otro sentido transformándose y dando nuevos usos, por lo que su consumo tuvo de regularse y sancionarse durante periodos como la independencia y la revolución, hasta lo que existe en nuestros días.

A demás el capítulo hace referencia a diversas características puntuales y conceptuales del alcohol, desde un panorama biopsicosocial, que toma en cuenta el carácter biológico del ser humano, conformado por células, aparatos y sistemas, así como neurotransmisores que intervienen generando reacciones, ya sea estimulando o inhibiendo algunas de sus funciones, como las de coordinación motriz y del lenguaje. Características importantes que se toman en cuenta para plantearse las siguientes preguntas: ¿Qué es el consumo de alcohol? Y ¿Qué es el alcoholismo?

Siendo que la primera está determinada por estándares internacionales establecidos para determinar el grado de alcoholización o concentración medida en sangre, para clasificarse en un consumo consuetudinario o episódico, consumo ocasional y un consumo excesivo. Tomando en cuenta la cantidad y frecuencia de su consumo. En cambio para respondernos sobre ¿Qué es el alcoholismo?, la investigación lo abordad desde distintas conceptualizaciones teóricas principalmente la que hace referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de los manuales de psiquiatría en donde se determinar que el alcoholismo es una enfermedad.

Así como el aporte clínico y médico del Dr. Velasco Fernández (1995), quien desde una visión integral afirma que “el alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo genético, fisiológico, neurobioquímico, patológico, sociológico, antropológico y cultural”; al igual el aporte con base a las letras del alfabeto griego para referirse a su progreso de la enfermedad, al ver las diversas formas de manifestarse, propone el Dr. Jellinek

(1960). También el alcoholismo se aborda desde la perspectiva antropológica que aporta el antropólogo Eduardo Menéndez quien plantea el alcoholismo como un proceso de alcoholización, este entendido como un concepto que considera la cultura y los procesos sociales que están entorno de él, más que las funciones propias de su ingesta.

Debido a estas distintas posturas de entender el consumo de alcohol y alcoholismo, que en este capítulo se plantea: ¿Qué es la salud? Entendida desde el proceso salud- enfermedad, este como un concepto que retoma la promoción de la salud para referirse a las causales que determinan las condiciones de salud de los sujetos entorno a los determinantes sociales. Conceptos que son necesarios de abordar para entender este fenómeno, ya que lo estudiantes de la UACM-SLT se ven expuestos es problemáticas frente al consumo de alcohol y alcoholismo que impactan en su salud.

Para finalizar en el capítulo se revisan las distintas repuestas que se han dado a la problemática del consumo de alcohol y alcoholismo, desde las instituciones a través programas y políticas públicas o de las respuestas sociales que han aportado las ONG´s y los grupos de trabajo de AA.

En el segundo capítulo se abordan los significados, en relación al consumo de alcohol y el alcoholismo desde los planteamientos de la psicología y sociología a partir de Lev Semionovich Vygotsky, Jerome Bruner y Kenneth Gergen. Quienes hacen aportaciones teóricas con diferentes elementos derivados del aprendizaje y el lenguaje dentro de un medio en donde según Vygotsky, resalta el paso de la significación interpsicológica a la intrapsicológica; en Bruner, la constante negociación de significados entre seres humanos inmersos en una cultura; en Gergen, la construcción relacional de los significados.

Estos en relación a lo que se plantea en la teoría de la “construcción social”, además de apoyarse de la teoría sobre el “hecho social” concepto derivado de las reglas del método sociológico que propone de Émile Durkheim, donde se adoptan las estructuras sociales, las norma y la cultura para seguir las ideas y conductas establecidas en el exterior por los sujetos que interactúan en el día a día dentro de

un grupo social o una institución, que como consecuencia surge una práctica o forma de vida donde se interrelacionan e intercambian ideas para construir nuevas o reafirmar las existentes, la realidad se construye socialmente. Tomando en cuenta el caso de los estudiantes universitarios los significados que se construyen entorno al consumo de alcohol y alcoholismo se determinan por la interacción, la sociabilización cultural en donde se interactúa para dar identidad y un sentido de pertenencia que se construye entre los pares.

En el tercer capítulo se muestra el consumo de alcohol y alcoholismo a partir de los planteamientos de cada una de las conferencias internacionales de promoción de la salud dirigidas por la OPS y la OMS; inicialmente como entiende la promoción de la salud a partir de la primera conferencia llevada a cabo en Ottawa en 1986. Dando un recorrido por las nueve conferencias a partir de cómo se abordan la problemática del consumo de alcohol y alcoholismo. Siendo que en algunas se proponen políticas públicas y en otras exhortan a los gobiernos para atender el fenómeno diseñando estrategias que regulen o prevengan su consumo.

El cuarto capítulo se realiza un marco referencial de los estudiantes universitarios de la UACM, considerando el contexto social que dio origen al surgimiento de la institución, así como través de la historia se ha ido posicionando la figura de un estudiante universitario, además de lo fundamental de formarse un conocimiento crítico, que le permita tener los elementos adecuados en torno al consumo de alcohol y alcoholismo, así como las miradas que se plantean en la Lic. Promoción de la Salud para abordar el las problemáticas del consumo de alcohol y el alcoholismo.

El capítulo quinto muestra la metodología que se realizó en la investigación para conocer el fenómeno del consumo de alcohol y alcoholismo en los estudiantes universitarios de la UACM- Plantel San Lorenzo Tezonco, a partir de una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa), donde, previa aplicación de pilotaje se diseñó una encuesta con 37 ítems (ver anexos) que abordan categorías desde la promoción de la salud, primeramente para conocer el perfil de la

población, características biopsicosociales y el proceso salud enfermedad, que de igual forma se abordaron para trabajar con un grupo focal.

El capítulo sexto muestra los resultados y el análisis de la investigación, obtenidos a partir de aplicar 245 encuestas en ambos turnos del plantel de los diferentes colegios, así como una entrevista realizada a un grupo focal conformado por ocho participantes donde se abordó una reflexión sobre el tema a través de la percepción que se tiene, logrando distinguir la diferencia entre el consumo de alcohol y el alcoholismo, este último asociando una enfermedad que no tiene cura debido a factores patológicos.

Para finalizar se concluye la investigación con una discusión, en donde el consumo y el alcoholismo son fenómenos socialmente aceptados, que en discurso se conocen sus efectos al igual de sus consecuencias negativas dentro del organismo, así como las diferencias que hay entre estos, pero que a la práctica estos son rebasados debido a que es asociado a una permisibilidad cultural de la diversión y convivencia que se reproduce en la cotidianidad. En específico los estudiantes de la UACM-SLT, visualiza la problemática ajena a ellos, lo que contrasta al discurso que manifiestan al percibir se percibe que si no se está a la moda, se quedan excluidos para pertenecer a un grupo social, o que simplemente se consume alcohol por reconocerse como una bebida que esta con facilidad en la sociedad contemporánea que ha rotpido con los esquemas de valores y principios encubiertos de derechos humanos.

Planteamiento del Problema

Durante el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconocía la relación causal entre el consumo de alcohol con 60 tipos de enfermedades así como lesiones; en comparación al 2014 en el informe de salud y alcohol (OMS, 2014), aumentan a 200 las enfermedades y lesiones asociadas al consumo de alcohol; siendo la región de América Latina la más preocupante debido a problemas de salud pública que se reflejan las estadísticas.

La mayoría de las investigaciones tanto internacionales como nacionales analizan la problemática del consumo de alcohol y el alcoholismo desde indicadores de mortalidad y morbilidad, refiriéndose a las afectaciones orgánicas del cuerpo, y cómo su consumo perjudicial se vuelve una enfermedad crónico degenerativa desde un panorama biomédico; mencionando los mecanismos de la farmacodinamia y farmacocinética destacando la magnitud de la problemática a través de panoramas epidemiológicos enfocados a causas y efectos, que se justifican en cifras y datos a nivel de salud pública.

El uso nocivo³ del alcohol no sólo puede causar la dependencia, sino que también aumenta el riesgo a desarrollar más de 200 enfermedades incluyendo la cirrosis hepática, violencia, lesiones traumatismos⁴, embarazos a temprana edad, algunos tipos de cáncer e inclusive puede producir la muerte, trastornos y discapacidades relacionados con un 4% a 6% de los años de vida perdidos (AVAS), registrado en el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud emitido por la OMS en el 2011.

Además de consecuencias de impacto social en donde los costos económicos se relacionan con el consumo de alcohol; tanto en la región de las Américas como en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de

³ La OMS en la estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, hace referencia al “uso nocivo” a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales.

⁴ Las condiciones de lesión a partir de cómo se describen en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) 10ª Revisión (OMS, 1992).

muerte y discapacidad para las personas de 15 a 49 años de edad, franja etaria en la que suelen ser más productivas económicamente. El consumo nocivo de alcohol probablemente comparte pérdidas salariales de miles de millones de dólares cada año (OPS, 2015).

A demás de que el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud (OMS, 2014). Durante el año 2010 el consumo mundial de alcohol puro per cápita fue de 6,2 litros entre la población de 15 años o más, lo que se traduce en 13.5 gramos de alcohol puro por día. La región de las Américas tiene el segundo consumo más alto per cápita de alcohol con un índice de 8.67 litros entre las regiones de la OMS, después de Europa con 23.18 litros. “El valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población, en la región de las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita” (CIJ, 2014).

“En México el consumo per cápita de alcohol puro de acuerdo con la OMS (2011) es de 8.42 litros (estimación promedio entre el 2003 y el 2005) y que se ha mantenido estable entre la población de 15 años y más (en un estimado de cinco años), colocándose entre los países que presentan patrones de consumo de alto riesgo”.⁵

Comparado con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 en el apartado de alcohol, contempla una población de adultos entre los 18 y 65 años, así como adolescentes entre 12 y 17 años, tomando en cuenta indicadores de edad y sexo en la prevalencia de consumo, y bebidas de preferencia, donde reporta un crecimiento significativo de 2002 a 2011.

Así mismo se realiza la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) quinto y sexto año de primaria, secundaria y bachillerato. Debido a que existe un incremento entre los jóvenes ya que es una etapa inquietante en donde el consumo de alcohol se muestra con mayor frecuencia por ser la droga de inicio; por lo que en el 2012 la prevalencia en el rubro “alcohol alguna vez” alcanzó el 68.2% sin que se observaran diferencias

⁵ Fernández Cáceres C., México, 2014, pp. 54-55.

significativas entre hombres y mujeres, aunque estas últimas reportaron un consumo ligeramente mayor (68.7% contra 67.7%). Mientras que el rubro de “abuso” ascendió a 22.5%, siendo ligeramente mayor en los hombres 23.9% contra 2.21% de las mujeres; (Villatoro et al., 2013).

Ante esta situación, el hablar de alcohol además del panorama epidemiológico en relación a la frecuencia y distribución del consumo de alcohol, este adquiere complejidad debido a que también es la expresión de lo social, “partiendo desde cómo es nombrado” por los sujetos en relación a su estudio y entendimiento con relación a las esferas del ser humano; en donde se deja de ser un número más que sumar o que restar en una estadística, para darle un sentido más subjetivo, en donde se involucra a la sociedad, la cultura en relación a ideas, creencias y significados que se tienen o que se han ido inscribiendo a través de su historia de vida. Dónde es una conducta normal y socialmente aceptable, dependiendo del contexto en el cual se estudie; ya que pareciera que se entiende el impacto a la salud en la sociedad, pero la realidad es muy distinta, y el consumo nocivo pasa desapercibido, aún más la negación a la dependencia de la sustancia, y sobre todo los rechazos y estigmas que se construyen en torno al alcoholismo.

Sin considerar que el ser humano está inmerso en una realidad de significados, que influyen no solo en conocer las causas y los efectos, sino también en la sociedad, la cultura y sobretodo los vínculos de las relaciones sociales que se fortalecen en el día a día, y que para algunas instituciones dejan de ser sujetos o individuos para pertenecer a grupos sociales donde se les toma en cuenta por su condición de vulnerabilidad y pasan a ser tomados en cuenta a través de ser una cifra.

Los problemas que se generan debió al consumo de alcohol parten de lo individual hacia la complejidad de la sociedad, siendo los jóvenes universitarios un grupo vulnerable debido al uso nocivo de esta sustancia, que afecta sin distinción de edad, sexo, nivel social y económico, en los jóvenes, además de afectar principalmente su salud, truncan su desarrollo académico, personal y profesional

Justificación

El consumo de alcohol y el alcoholismo han estado presentes en la historia del ser humano siendo parte de su cultura e identidad a la par de problemáticas biopsicosociales que repercuten en la salud pública y por ende producen daños en la salud individual como la colectiva a nivel mundial.

Actualmente esta problemática de salud pública en estudiantes no contempla metodologías o categorías en encuestas nacionales para estudiantes universitarios; simplemente se realizan de forma interna de particular interés para cada institución de nivel superior.

A pesar de que se tienen investigaciones desde diferentes disciplinas, existe escasa literatura e investigaciones dentro de la universidad (UACM) plantel San Lorenzo Tezonco que aborde el problema desde los significados en torno al consumo de alcohol y alcoholismo, desde la promoción de la salud. Que aborde la etapa estudiantil universitaria que reflexione, visualice y documente la temática, para que incida en las presentes y futuras generaciones de universitarios.

Al evitar que los jóvenes adopten estos patrones de consumo de manera natural, y sus afectaciones tanto biológicas como sociales, a través de entender la realidad en la que viven y como esta se vincula a su significado en relación a su proceso salud-enfermedad tanto del consumo de alcohol y alcoholismo. Donde través de estrategias de promoción de la salud poder diseñar metodologías que permitan conocer y entender la realidad de su contexto histórico social.

El potenciar las capacidades en los estudiantes universitarios mediante los procesos de reflexión, el dialogo y conversatorios de experiencias sobre el consumo de alcohol y alcoholismo, podrían servirían de base para crear y fomentar una universidad con espacios saludables en relación a una sana convivencia donde se asuma su propia condición de salud.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son los significados que tienen los estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) del Plantel San Lorenzo Tezonco sobre el consumo de alcohol y alcoholismo?

¿Cómo influye en los estudiantes de la UACM- SLT el significado del consumo de alcohol y alcoholismo en su perfil salud-enfermedad, que según Breilh son los factores a mejorar o deteriorar la salud?

Objetivo general:

Conocer y analizar los significados que se construyen del consumo de alcohol y alcoholismo en los estudiantes de la UACM-SLT, y analizar cómo estos significados contribuyen al proceso salud-enfermedad de los estudiantes, desde una perspectiva de la promoción de la salud.

Objetivos específicos:

Específico 1: Identificar los significados de consumo de alcohol que tienen los estudiantes de la UACM-SLT.

Específico 2: Identificar los significados de alcoholismo que tienen los estudiantes de la UACM-SLT.

Específico 3: Determinar cómo se construyen los significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT.

Específico 4: Identificar como afecta consumo de alcohol y el alcoholismo en relación al proceso salud-enfermedad.

Capítulo I

Contexto histórico y su relación con el proceso salud-enfermedad

1.1 Antecedentes del consumo de alcohol en México

En México, los primeros datos sobre el consumo de alcohol, tienen su origen en la época prehispánica, dentro de los llamados “pueblos de la triple alianza (aztecas o mexicas, acolhuas, texcocanos)” (Menéndez, 1991, pág. 127). Debido a que la forma de cultivar las plantas (agave y el maguey⁶), consistía en un arte para obtener diferentes bebidas que poco a poco fueron asociadas deidades y dioses prehispánicos, quienes las consumían para su uso en sus rituales o diversas festividades; además estos productos solían tener propiedades curativas, alimenticias y sobretodo efectos espirituales.

El dios del pulque, (*Octli*), quien era representado por un conejo; era consumido en fiestas y banquetes. “La diosa *Mayahuel* [...] por lo general, la representaban vestida de blanco (que es el color del pulque) y sentada encima de un maguey con hojas tiesas, ligeramente curvas hacia afuera, y con espinas en sus extremos” (Velasco Fernández, 1995, pág. 51).

Es decir dones sagrados que se representaban a través de las bebidas espirituosas, como la fertilidad y lo femenino en la diosa *Mayahuel*; tal como (Fournier García & Mondragón Barrio, 2012) lo describe:

Entre los aztecas [...] según los mitos, Ehécatl, dios del viento y avatar de Quetzalcóatl, se encontraron en el cielo con *Mayahuel* y la llevó consigo a la tierra, donde ambos se transformaron en ramas entrelazadas. La abuela de la doncella, enfurecida al notar que había desaparecido, descendió a la tierra y dispuso que se le diera muerte; el compungido Quetzalcóatl decide sembrar los restos de *Mayahuel* y así nace, por intervención divina, la planta del maguey, dadora de un líquido de connotaciones sagradas.

⁶ Nota: Los españoles denominaron maguey al *Metl*, que era el nombre genérico náhuatl que recibían los agaves.

Cabe precisar que los dioses del pulque eran innumerables. En particular en los códices aparecen Ome Tochtli, Tepoztécatl, Tezcatzóncatl, Toltécatl, Yauhtécatl, Izquitécatl, Pahtécatl, Cuatlapanqui, Tlilhua y otros más, que en conjunto se les llamaban centzon totochtin, “400 conejos”, los informantes de Sahagún explican este nombre asociándose a las distintas maneras que tenían los hombres de embriagarse, además eran atribuidas a los muchos dioses del pulque (emociones), que poseían a los ebrios; se decía: “Cuando algunos se embriagan, uno llora mucho, y alguno riñe con la gente, grita a la gente. De quien grita a la gente o llora, se dice: Es como su conejo” (Olivier, 2012, págs. 26-33).

El pulque⁷ era, en resumen, la bebida por excelencia relacionada con los aspectos de la vida diaria, festiva, sagrada y profana de los indígenas. “Se encuentran referencias al pulque en relatos de la peregrinación original de las tribus, así como en los viejos códices mexicanos que tratan sobre las fiestas agrícolas o que se ocupan de la familia, del agua, de lo efímero de la vida, de la música, del baile, del éxtasis, del exceso de la transgresión a las diversas normas religiosas y sociales, del fuego nuevo, del sacrificio gladiatorio, de la juventud y la vejez, la vida y la muerte” (Corcuera de Mancera, 2010).

En ese sentido la distribución y comercialización eficaz del alcohol, sin contar con el apoyo de la rueda ni bestia de carga, requería de un equipo humano especializado que permitiera su venta inmediata. El consumo de estas bebidas según las crónicas que se narra en los códices del siglo XVI, antes de la conquista española en la cuenca de México, el consumo del pulque era restringido y se ofrendaba a los dioses en cántaros pequeños. Solo “los ancianos podían consumirlo al igual que los enfermos, las mujeres recién paridas y los hombres que realizaban faenas pesadas⁸”.

⁷ El vocablo de pulque cuenta con dos orígenes: a) *Poliuqui*, voz indígena que significa corrompido, misma que fue común durante la colonia para designar el estado de fermentación de las bebidas. b) *Pulqú*, en lengua araucana es el nombre genérico de todas las bebidas embriagantes preparadas con fruta o granos. Sin embargo el historiador Mariano Cuevas afirma “no es palabra española ni mexicana, sino tomada de la lengua araucana que se habla en Chile”

⁸ *Ibid.*, pp.33

Sonia Corcuera (2010). Afirma que antes de la llegada de los españoles, los indígenas habían reunido un conjunto de normas sobre el uso sagrado y profano de su bebida tradicional, el pulque. Una de esas normas jurídicas contempla la represión de la embriaguez mediante la aplicación de diversas penas; los jueces del pulque también tenían autoridad para castigar al borracho en forma inmediata y eficaz.

Dentro de las costumbres sociales, estaba prohibido insultar a los borrachos, ya que se podía afectar a la deidad del pulque que los poseía; por lo tanto, las transgresiones de las personas ebrias eran a menudo perdonadas, ya que se consideraba que los culpables no eran dueños de sus actos en estos momentos. Ahora bien, existía una reprobación social en contra de los borrachos e incluso algunas leyes que los castigaban⁹.

De modo que la embriaguez no permitida fue un problema social grave entre los mexicas, el exceso injustificado que acarrea consigo todos los males, se originó cuando varios personajes míticos inventaron la manera de hacer el Octli y lo usaron sin autorización y sin medida; en el caso de reincidencia, se aplicaba la pena de muerte.

La ambivalencia con que los mexicas se relacionaban con el pulque, la única bebida embriagante que conocían, es registrada por diversas fuentes, en las que lo mismo se apunta su papel de generador de adicciones y conductas antisociales, efectos simbolizados en el conejo o *tochtli*¹⁰, que su importante función ritual. Tal vez por ello, al parejo de severas restricciones en su consumo, los mexicas reverenciaban a los dioses del pulque.¹¹

Cuando surge la conquista española, empieza un proceso de aculturación en donde el choque de dos bebidas embriagantes diferentes como el pulque y los

⁹ Op, cit

¹⁰ Nota: En el mundo mexica, el intento por predecir el futuro dependía de una fuerza vital cuyo eje era particularmente la fecha de nacimiento de la persona, pues se creía que ejercía una influencia decisiva a todo lo largo de la vida. Ninguna fecha de nacimiento era tan infausta como *ome tochtli*, "2 conejo". Toda persona nacida bajo su influencia estaba condenada a la embriaguez, a no hacer nada más que beber "como un cerdo".

¹¹ *Ibidem*

destilados; trajo consigo la modificación de los patrones tradicionales de consumo, que cambiaron de un uso ocasional limitado a ciertas festividades, a un uso coloquial excluido de lo sagrado, sin restricciones.

El consumo de bebidas destiladas generaron factores que dieron pasó a un nuevo negocio mercantil, a través de la destilación de la vid que tarda más tiempo en su elaboración, por lo que su adquisición es más cara y restringida; además en donde las bebidas alcohólicas se ven como una forma de pago o como un mecanismo de manipulación y control hacia los esclavos, indios y mestizos. Más tarde el uso de bebidas destiladas generó el incremento a problemáticas, relacionadas con la cantidad de personas que bebían y se intoxicaban.

El alcoholismo empieza a tomar características alarmantes entre la población de indígenas de México, en la época colonial, como consecuencia lógica según el propio Menéndez (1991), de las siguientes circunstancias:

1° Disminución del rigor empleado por las autoridades indígenas en la persecución del alcoholismo, desde que perdieron a los ojos de los aborígenes el prestigio y la fuerza que tenían antes de verse, a su vez, sometidas a las autoridades españolas.

2° La pérdida de la libertad política, el estado de sujeción o persecución, como causas psicológicas

3° La miseria y el abandono, como causas económicas.

4° El auge de la agricultura, en comparación con el estado inmediato anterior de esta industria, producido por los nuevos elementos introducidos por los conquistadores, principalmente el arado y los animales de labor, que permitieron el cultivo en gran escala de las materias primas vegetales para la elaboración de bebidas embriagantes.

5° El desarrollo de la producción de bebidas embriagantes, llevado a cabo por los mismos españoles, con fines de lucro.

En México empieza a darse una transformación donde surgen nuevos procesos de producción y consumo, que van a la par de cada hecho histórico como ejemplo de ello, la Independencia de México, en donde el consumo de alcohol fue fundamental entre los campesinos como alimento o darse valor dentro del combate entre los soldados, más aun para reuniones entre la gente de la elite.

O más aun como un medio para recabar impuestos a comercios de bebidas alcohólicas como pulquerías, o las primeras cervecerías durante las leyes del Porfírito; “en donde se dan los primeros procesos de semi industrialización dando la ruptura a los procesos tradicionales de fabricación y dando nuevo paso a los procesos económico y la fiscalización de productos falsificados”. (Anaya Merchant, 2007, pág. 29). Que durante la revolución mexicana se incrementaría su consumo y formaría parte fundamental en negociaciones y celebraciones.

En resumen, se puede decir que actualmente, existe una gran variedad de bebidas alcohólicas obtenidas por diferentes procesos de destilación o fermentación, que no tienen relación alguna con deidades o actos religiosos; la adquisición de bebidas alcohólicas, su producción, distribución y consumo se encuentra reglamentados por la Ley General de Salud, la cual restringe su venta o suministro a menores de edad, equiparando la falta como un delito de corrupción de menores, establecido por el en el Código Penal Federal; así como las distintas reglamentaciones en horarios autorizados a la publicidad en radio y televisión.

1.2 El alcohol y sus generalidades biopsicosociales

Al conceptualizar la palabra alcohol se pueden explorar diferentes campos de conocimientos, que dependen de factores tanto biológicos, psicológicos, culturales, sociales e incluso jurídicos. Es decir que sus aplicaciones dependen de las diferentes características que lo componen o en dado caso de sus efectos; sin embargo la sustancia en sí misma, genera un conocimiento, que al conocerlo se le puede nombrar y tener un sentido generalizado que se identifica de manera razonable y tal es el caso que se expone a continuación sobre la palabra o la sustancia en si en torno al alcohol.

De entrada el diccionario de la real academia española (DRAE) en su 23a edición considera cuatro posibles conceptualizaciones al término alcohol para poder definirlo; una de ellas proviene de origen árabe *alkohl*¹² del árabe hispano. *kuḥūl*, y este del árabe clásico *kuhl*. “Su significado etimológico polvo finísimo usado como afeite por las mujeres para ennegrecerse los bordes de los párpados, las pestañas, las cejas o el pelo, que se hacía con antimonio o con galena, y después con negro de humo perfumado”. (Blanco, Guijarro, Pozas , & Uraga, s/f).

Con el uso cotidiano al final de la edad media y durante el renacimiento, la palabra “alcohol”, proveniente como se ha dicho del árabe, sufre una nueva evolución y pasa a denominar también a la parte más sutil y volátil que tenían los cuerpos, a lo que se llamó su “espíritu” (García & Bertomeu, 1999). Por lo que empiezan a conocer al alcohol, como una bebida la cual tiene atribuciones espirituosas. Una segunda definición se deriva hacia el campo de la química; dando a éste el significado; ya que el alcohol es considerado como un compuesto orgánico que contiene un grupo hidroxilo (-OH), unido a un radical alifático o a algunos de sus derivados. David J. Pittman asegura que el alcohol en sus combinaciones directas con los fluidos y los tejidos del cuerpo, y la absorción constituye un fenómeno químico.

Así mismo, para definirlo por su tipo el alcohol también es considerado como “alcohol etílico” (etanol, $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) o simplemente alcohol, si no se hace referencia a otro miembro de la serie química de los alcoholes, es una sustancia

¹² La palabra “*alkhol*” significa polvillo, puesto que se pensaba que el efecto embriagante de las bebidas alcohólicas se debía a que se desprendía un polvo impalpable que ejercía sus efectos por inhalación.

derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales, proceso que puede ser espontáneo, pero que se ve acelerado por la acción catalítica de una levadura¹³(*Saccharomyces cerevisia*), presente de forma espontánea o añadida por el hombre con el fin de obtener bebidas alcohólicas (Ladero & Hernández, 2009, pág. 385).

Considerando sus características el etanol o alcohol etílico, es un líquido incoloro inflamable que se obtiene por medio de la fermentación natural o por destilación (Casares Fernández, 2014, pág. 61). Esta sustancia cuando es ingerida pasa por distintos procesos, a partir de su absorción en el estómago y el intestino, donde con rapidez ingresa a la sangre por el torrente sanguíneo para distribuirse por todo el organismo. Cuando mayor es el nivel de concentración en la sangre, más es el daño que se origina. A pesar de que un porcentaje pequeño se elimine por la orina, el sudor y los pulmones; la mayor parte pasa al hígado, donde enzimas como Alcohol Deshidrogenasa (ADH), lo metabolizan y descomponen en derivados más inocuos que son eliminados del organismo en seis a u ocho horas después (Casares, 2008, pág. 62).

Si definiéramos el alcohol a partir del el efecto que provoca dentro del organismo y la cantidad que se ingiere, el alcohol es considerado como una sustancia psicoactiva, que actúa como un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). El alcohol llega al SNC a través de la sangre y los efectos comienzan a manifestarse casi de inmediato, tanto los subjetivos (la forma en que el bebedor siente que cambia su estado de ánimo y su percepción de las cosas), como los objetivos (la conducta que exhibe).

El etanol favorece un aumento en la liberación de dopamina en algunas zonas del sistema nervioso central, principalmente en el núcleo accumbens quien se caracteriza por ser una estructura del sistema de recompensa al organismo al momento de integrar aspectos cognitivos, y la aparición del deseo compulsivo de

¹³ Nota: Obtenido a partir de la fermentación del azúcar por la levadura de cualquier grano. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. en la producción de estas bebidas obtenidas mediante destilación, el etano se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura; para el consumo humano, el etanol se utiliza como disolvente y en la industria química.

consumir. En su consumo agudo, el etanol estimula los receptores de opioides endógenos y aumenta la liberación de endorfinas, desencadenando una sensación de bienestar y un esfuerzo positivo que estimula a la persona a seguir bebiendo. La ingesta crónica produce una reducción en la liberación de dopamina y una hipersensibilidad en los receptores dopaminérgicos, lo que desencadena el síndrome motivacional (IAPA, 2012).

El efecto en el sistema inmunitario y endocrino alcohol produce complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica (Kershenobich y Vargas, 1994). Así como en el sistema cardiovascular, el etanol produce de forma refleja un aumento en la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, lo que contribuye a producir una cardiopatía con disminución de la función hemodinámica en el alcoholismo crónico.

En el aparato respiratorio, a dosis moderadas el alcohol produce un estímulo reflejo en el centro respiratorio, pero según se aumente la dosis se produce una depresión central; mientras que en el aparato digestivo, la ingestión del alcohol produce un aumento en la secreción de ácido clorhídrico y de gastrina. A dosis altas inhibe el peristaltismo intestinal. Diferencia del aparato genital en donde su efecto disminuye la potencia sexual, produciendo atrofia testicular, a nivel del útero, a dosis altas produce relajación. Por lo que cuando se incrementa la ingesta al grado de lo que se considera intoxicación alcohólica aguda, el efecto neurotóxico del etanol en sujetos no habituales se empieza a detectar con la cantidad en sangre de alcohol ingerido o denominado alcoholemias de 50mg/dl.

La intoxicación etílica tiene tres fases: la excitación, embriaguez y coma. El efecto neurotóxico del alcohol se va extendiendo de centros superiores a centros vegetativos: córtex, sistema límbico, cerebelo formación reticular y bulbo. (SSA, 2007). Por otra parte por su efecto, (depresor del sistema nervioso central), el alcohol también es considerado una droga de carácter legal, por lo que su uso no amerita una sanción o prohibición. Su consumo es aceptado en lugares públicos, como bares, discotecas, restaurantes, reuniones sociales, por lo cual se ha llegado a asociar con la falsa idea de que "si su uso está permitido y es

socialmente aceptado, entonces no hace daño”. Su consumo es aceptado socialmente, sin embargo, tiene consecuencias físicas, familiares y sociales muy importantes.

Enfocándose hacia lo psicosocial, el CONADIC en el 2007, menciona que los efectos del alcohol se presentan en una secuencia de cinco etapas, que dependen de la cantidad y frecuencia de su ingesta, así como del sexo, peso corporal y las circunstancias en las que beben, como se menciona a continuación:

- Primera: El sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece excitado.
- Segunda: Su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.
- Tercera: El individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.
- Cuarta: No puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.
- Quinta: Inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad tomada rebasan la capacidad de eliminación, se alteran tanto la coordinación muscular, como el equilibrio, que obstaculizan la memoria, el juicio y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en riesgo la vida.

Dentro del panorama psicosocial el abuso¹⁴ de bebidas alcohólicas tiene diversas consecuencias sociales, como por ejemplo accidentes de tránsito, peleas,

¹⁴ Se considera abuso cuando rebasa los límites permitidos y genera daños a terceros

ausentismo laboral/escolar, accidentes laborales, violencia y maltrato intrafamiliar, disolución del núcleo familiar, entre otras. El alcohol es una de las drogas más peligrosas para la mujer embarazada, especialmente durante los primeros meses, ya que se transforma en sustancias dañinas para las células que son absorbidas por el feto.

Tomado en cantidades abundantes, el alcohol aumenta el riesgo de que nazcan niños con defectos como el síndrome alcohólico fetal, que implica la formación de un cráneo pequeño, facciones anormales, así como retardo físico y mental. Consumir bebidas alcohólicas al final del embarazo también puede afectar al feto. Por lo que respecta a los aspectos socioculturales que derivan del uso y consumo del alcohol debido a que inciden en el origen y curso de los trastornos mentales y de la conducta, incluyendo a las adicciones junto con el aumento de la violencia (OPS, 2008).

El riesgo de sufrir las consecuencias negativas del alcohol (peleas, problemas en las relaciones familiares, maritales, sociales y laborales, en los estudios y en la relación con los amigos), se incrementa proporcionalmente con la cantidad de alcohol consumido, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Hacia el aumento de los riesgos en los niveles inferiores de consumo, se debe a los bebedores ligeros, que toman poco alcohol y que ocasionalmente consumen una cantidad mayor a la habitual (Rehm y Gmel, 1999).

Los daños sociales ocasionados por terceros que consumen alcohol son también comunes y generalmente sus consecuencias son menos graves (por ejemplo, no dejar dormir por la noche a causa de alboroto causado por borrachos). Además, se dan otro tipo de consecuencias, aunque menos comunes, como ser acosado en público o en fiestas privadas, ser insultado o sentir temor por la presencia de personas alcoholizadas; así como otras, de mayor gravedad, como ser lastimado físicamente o que se causen daños a la propiedad (Rosow y Hauge, 2004).

Sin objetar que el consumo de esta sustancia es promovido por los medios de comunicación asociándolo con valores deseables como lo es el poder, el dinero, la

juventud, la elegancia, etc. (Medina Mora, Natera y Borges, 2002). Que sin duda encaminan a los sujetos a un consumo sin control, y sin tener un panorama de afectación social como se muestra en el siguiente grafico (N°1), donde se resumen los daños causados por el alcohol a terceras personas.

Grafico N°1. Daños causados por alcohol a terceros

CONDICIÓN	Resumen de resultados
Consecuencias sociales negativas	Los daños sociales ocasionados por el alcohol consumido por otras personas son más comunes por sus consecuencias menos serias (por ejemplo, no poder dormir por la noche por escándalos de borrachos), que por las más serias (por ejemplo, sentir miedo por la presencia de personas alcoholizadas en áreas públicas). La incidencia de daños causados por el alcohol a terceros es mayor que las consecuencias sociales para el bebedor.
Violencia y delincuencia	Existe una relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de participar en hechos violentos (incluyendo homicidios), más frecuentemente a causa de intoxicaciones que por consumo en general. También existe relación entre consumo excesivo, violencia sexual (en particular contra extraños) y doméstica (aunque ésta se ve atenuada si se toman en cuenta otros factores). En general, cuanto mayor es el consumo, mayor es el grado de violencia.
Daños maritales	Más allá de la estrecha relación entre consumo excesivo y crisis maritales, algunos estudios bien diseñados han demostrado que el riesgo de separación o divorcio se incrementa entre bebedores.
Abuso de menores	Aunque la metodología utilizada no ha sido siempre la mejor, un gran número de estudios informa que diversas formas de abuso de menores prevalecen más entre hijos de bebedores.
Daños laborales	El consumo elevado de alcohol tiene como resultado una baja en la productividad y un aumento de las lesiones a terceros.
Beber y conducir	El riesgo de accidentes y lesiones a terceros se incrementa con el número de episodios de consumo excesivo.
Efectos sobre el desarrollo prenatal	El alcohol presenta toxicidad reproductiva. La exposición prenatal al alcohol puede estar directamente asociada con un patrón distintivo de déficit intelectual que se manifestará más tarde, durante la niñez. Aunque en pequeñas cantidades, el beber varias bebidas a la vez durante el embarazo puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso del recién nacido, nacimiento prematuro o retraso en el crecimiento intrauterino. Puede disminuir la producción de leche materna.

Fuente: (OPS, 2015) Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas.

En si existe una relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de involucrarse en hechos de violencia, e inclusive en homicidios, más frecuentemente a causa de un consumo excesivo; un promedio de entre 40 y 50% de los crímenes violentos han sido cometidos por personas en estado de ebriedad, aunque esta proporción varía en cada país y cultura (Murdoch, Phil y Ross, 1990).

1.3 ¿Qué es el consumo de alcohol?

En nuestro contexto actual el consumo de alcohol se considera en función de la cantidad de alcohol que se ingiere en términos de la concentración o volumen de alcohol que contienen las bebidas. Haciendo un claro énfasis en la diferenciación de su uso y por ende de los patrones de consumo entendidos estos como la frecuencia y periodicidad en que se consume alcohol; además de tener en cuenta las distintas variables que se consideran en cuanto a la edad, sexo, bebidas de preferencia, cuestiones culturales y económicas. Así mismo como los diferentes estándares nacionales e internacionales que consideran que el consumo de alcohol se debe conceptualizar en cuestiones del impacto que este provoca en la salud tanto personal como social; aunado a su producción y distribución para su comercialización.

En esa misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), publicó los resultados de una investigación en donde los gramos de alcohol total¹⁵: están en unidades de bebida estándar clasificando un consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking) dado en una sola ocasión, o un consumo de riesgo, hasta un consumo perjudicial. Cabe señalar que el manual de adicciones para médicos especialistas en formación los términos y conceptos que se retoman de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); se hace una clara distinción más apegada al consumo, el abuso y dependencia (Pereiro Gómez C., 2009).

“En donde la palabra consumo se refiere a cualquier ingesta de alcohol. El término de consumo de alcohol de bajo riesgo se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive a problemas relacionados con el alcohol. El abuso del alcohol es un término general para cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo hasta la dependencia de alcohol”.

Debido a que el abuso de alcohol puede producir daños a la salud, sin que haya dependencia; la CIE-10 introdujo el término de consumo perjudicial dentro de

¹⁵ Ver anexo 1

la nomenclatura. Esta categoría se refiere a los daños clínicos u otros relacionados con ello, ya que el propósito de la CIE es clasificar las enfermedades, las lesiones y las causas de muerte.

A la par podemos considerar que el consumo de alcohol es un sistema que contempla parámetros estadísticos en relación a un consumo de mercado; en el que existen una gama de bebidas determinadas por la producción y distribución; al igual de tener un vínculo entre mercado, producción y consumo. “Es importante destacar las cantidades de los diversos tipos de bebidas que se producen en el país, se notará que, en términos absolutos, va en aumento dicha producción, pero en términos relativos, y tomando en cuenta el crecimiento demográfico, la cantidad per cápita va reduciendo”

De acuerdo a estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), durante el periodo del 2005 el consumo de alcohol puro a nivel global se estimó en 6.13 litros en un parámetro de personas de 15 años o más. Del cual un 8.7 de los litros per cápita¹⁶ corresponden para la región de las Américas; siendo este un valor que se encuentra por encima del global y aun cuando el 1.76 se ha producido o vendido fuera del control gubernamental como lo afirma Fernández Cáceres.

Los más recientes informes realizados por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 reporte de alcohol (ENCODAT), afirman que la organización mundial de la salud (OMS), da a conocer en el informe de la situación mundial de alcohol y salud 2014, el consumo per cápita a nivel mundial correspondiente al año 2010 fue de 6.2 litros de alcohol puro en personas mayores de 15 años en adelante, lo que se traduce en 13.5 gramos de alcohol puro por día.

¹⁶Nota: El consumo per cápita de alcohol registrado entre los adultos (APC registrado) es un dato relativamente fácil de obtener, ya que se calcula dividiendo la cantidad de alcohol vendida en el país por el número de habitantes mayores de 15 años. El APC registrado depende sobre todo de los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) o de la propia industria alcoholera y es el único indicador que no incorpora datos de encuestas, (informe de las Américas 2015).

México en cuanto al consumo de alcohol para la población en general la OMS (2011) reporta que en México el consumo per cápita de alcohol puro es de 8.42 litros (estimación promedio entre el 2003 y el 2005) y que se ha mantenido estable entre la población de 15 años y más (en un estimado de cinco años), (CIJ, 2014).

Al igual que en el informe que da el Programa de Acción Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas (2001). Los resultados para ese entonces que arrojan las encuestas nacionales de 1988 y 1998, el porcentaje de varones no bebedores bajó de 26.6 a 23.0%, en tanto que el de consumidores aumentó de 73.4 a 77.0%. Ahora bien con relación al consumo de alcohol per cápita, estimado a partir de las ventas sujetas a un control fiscal (incluye el total de la producción que paga impuestos más las importaciones, menos las exportaciones), éste correspondía a 5.54 litros para la población mayor de 15 años. Este indicador había variado durante los últimos 30 años, con un incremento importante en 1970 de (3.82 litros) entre la población mayor de 15 años, cabe resaltar que para en aquel entonces el consumo de alcohol había alcanzado su nivel más alto en 1980, (6 litros) y el más bajo en 1986 a (4.48 litros).

En cuanto a las bebidas de preferencia entre 1970 y 1997 se incrementó el consumo per cápita de la cerveza y de los destilados, principalmente entre 1982 y 1984 y a partir de 1990, sin que ocurrieran cambios perceptibles en el caso del vino durante todo el período (1970-1997), en comparación con otros tipos de bebidas alcohólicas. En cambio, se registró un aumento total en la tendencia del consumo de alcohol puro en el mismo lapso (de 3.8 litros en 1970 a 5.5 litros en 1997 entre la población mayor de 15 años).

EN el programa de Acción Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas (2001); la en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, en nuestro país se reporta una mayor preferencia por la cerveza (63% del consumo per cápita), seguida de los destilados (34%), y en menor proporción los vinos (1%), aun cuando el consumo de estos últimos ha aumentado más que el de cualquier otra bebida (300% entre 1970 y 1997). Por otra parte, han aparecido nuevos productos

como los “coolers” (con 50 GL de alcohol puro) y los cocteles (con 120 GL de alcohol puro en promedio), que se comercializan como bebidas refrescantes, cuyo principal objetivo es la población joven.

Para el 2003 y el 2005 en promedio para la población en general el consumo per cápita de alcohol puro fue de 8.42; que se ha mantenido estable entre la población de 15 años y más (en un estimado de cinco años) (CIJ, 2014). El consumo promedio de alcohol entre 2008 y 2010 fue de 2.6 (mujeres) y 12.4 (hombres) litros per cápita. Mientras que la prevalencia de consumo excesivo de alcohol es de 11.4% en mujeres y 28.5% en hombres mayores a 15 años, mientras que en jóvenes de 15 a 19 años de edad ésta fue de 3.6% en mujeres y 39.5% en hombres. Colocando a México entre los países que presentan patrones de consumo de alcohol de alto riesgo según lo establecido en el informe de la OMS en el 2015.

Por lo que ha establecido diversos protocolos para determinar el grado de consumo de alcohol en dado caso los patrones de consumo que está teniendo. Por lo que realiza las pruebas de detección y tamizaje de apoyo para poder incidir de manera óptima a través de Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, por sus siglas en inglés (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).¹⁷

En resumen se puede decir que en México el mapeo del consumo de alcohol a través de las encuestas nacionales sobre adicciones (1988, 1993, 1998, 2003, 2008, 2011); desde los datos que se tienen en las primeras encuestas nacionales hasta las más recientes como la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 Reporte de Alcohol. (ENCODAT, 2017), el comportamiento sobre el consumo de alcohol ha variado considerablemente teniendo altas y bajas. Haciendo un gran énfasis que en las primeras encuestas únicamente se consideraba a la población urbana, a diferencia de las tres más recientes se consideran tanto población rural como urbana.

¹⁷ Ver descripción completa en anexo 2.

Obteniendo así un panorama más integral sobre el consumo de alcohol, además de tomar en cuenta que cada contexto tanto económicamente como políticamente han sido distintos. De igual forma los parámetros perfilados hacia los informes epidemiológicos reflejan la evolución de las cuestiones patológicas del consumo a través de los comparativos de los resultados nacionales de encuestas en donde la más reciente del 2002 a 2011, en la población total, hay un crecimiento significativo.

Siendo la prevalencia de consumo alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses, de 46.3% a 51.4%, y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes, ya que pasó de 19.2% a 31.6%. Y por sexo en donde anteriormente en encuestas de los años 80's y 90's la mujer se mantenía al margen y la práctica del consumo era característica de los varones actualmente al analizar los datos por sexo, en encuestas recientes del 2002 a 2011, se observó la misma tendencia.

Donde la prevalencia de alguna vez en la vida entre los hombres creció de 78.6% a 80.6%, y en las mujeres de 53.6% a 62.6. Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7%. En 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, en el rubro "por primera vez" fueron a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%.

Los jóvenes consumen alcohol a edades más tempranas de tal manera que el uso de consumo de alcohol "alguna vez en la vida" pasó de 35.6% a 42.9%, y en los rubros del "último año" paso de 25.7% a 30.0% y en el "último mes" de 7.1% a 14.5%. Destacando que el consumo de alcohol ha incrementado la producción en la industria alcoholera encaminado hacia el comercio y la preferencia de una gama de bebidas alcohólicas; en donde su variedad radica en su contenido de alcohol y su denominación de origen.

Aunque en otro sentido el consumo de alcohol sigue considerándose como la primera droga de inicio, como menciona la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), tiene mayor número de bebedores, que inician su consumo antes de

los 17 años. Siendo la causa de más de 200 diferentes tipos de enfermedades como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con el informe ejecutivo de análisis del consumo de sustancias en México que da la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2007).

“En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la región, abarcando resultados de enfermedad crónica y aguda en neonatos y ancianos. Los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al alcohol en comparación con las mujeres, lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en términos de un mayor volumen total, como en Patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa” (OMS, 2007).

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), del 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años. Así mismo, la ENA 2011 reporta que el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas entre 12 a 65 años, correspondiendo el 10.8% a los hombres y el 1.8% a las mujeres.

Otro punto muy importante a destacar se retoma de la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 en la Ciudad de México se estima que el 68.2% de los y las adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y un 40.1% lo ha consumido en el último mes. En esta encuesta que se realiza a estudiantes se observa que el porcentaje de los adolescentes de secundaria que han consumido alcohol durante el último mes es de 27.2% y para los de educación media superior, el porcentaje se incrementa al 56.5%.

Cerca de 830 mil personas consumidoras de alcohol han ido a tratamiento, de los cuales el 45.5% asistió a grupos de ayuda mutua; mientras que entre las personas que presentan síntomas de dependencia, 330,920 (6.8%) han buscado tratamiento. En México, hay casi 6 millones de personas con necesidades de tratamiento por problemas de abuso y/o dependencia al alcohol, y más de 15 millones requieren de intervenciones para reducir el consumo alto de alcohol (ENA, 2011).

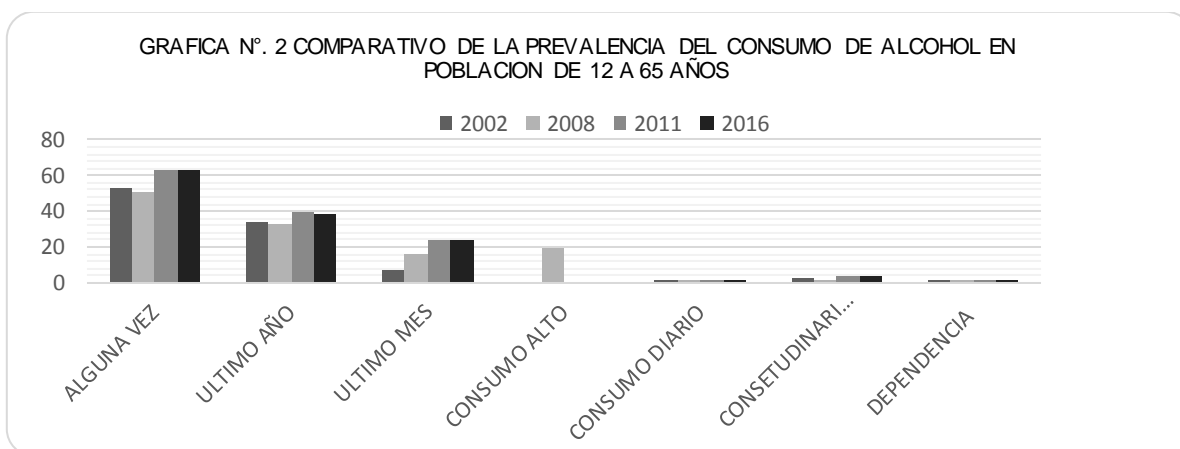
En México, durante el 2012, fallecieron 17,102 (STCONAPRA, 2014), personas a consecuencia de lesiones causadas por el tránsito, mientras que hubo 153,685 heridos de tránsito (sin poder especificar la gravedad de las lesiones). El 7.3% de los incidentes viales tuvieron la presencia del alcohol en los conductores de vehículos accidentados. El 6.2% de los conductores circulan bajo la influencia del alcohol. Por otra parte de acuerdo al Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), el impacto del Uso Nocivo del Alcohol se refleja en los siguientes datos:

- A nivel nacional, el 50% de los accidentes de tránsito están relacionados con el abuso de alcohol.
- La primera causa de muerte en jóvenes en México, son los accidentes automovilísticos, el 52% de éstos se encontraban bajo los efectos del alcohol u otra droga.
- Los accidentes de automotor y riñas representan la segunda causa de invalidez total y parcial en jóvenes, más de la mitad de éstos, se produjeron bajo los efectos de alguna droga.
- La mortalidad asociada a los hechos de tránsito relacionados al consumo de alcohol es alta, ya que anualmente perecen 10,000 personas y otras 25,000 resultan discapacitadas.
- La cirrosis del hígado, ocupa en México el cuarto lugar como causa de muerte (siendo la 3ª en el caso de los hombres y la 7ª en el caso de las mujeres).
- El consumo nocivo de alcohol se asocia con dificultades frecuentes con la familia (10.8%), peleas (6%), problemas con la policía (3.7%), detención de personas estando bajo los efectos del alcohol (41.3%), problemas laborales (3.7%) y pérdida del empleo (1.4%).
- El alcohol daña al feto en mujeres embarazadas¹⁷, a niños y adolescentes de ambos sexos, a víctimas de delitos y de violencia como la violencia doméstica que implica el desarrollo de agresión física, sexual o psicológica y por abandono o negligencia contra cualquier miembro de la familia, principalmente en mujeres, niñas y niños.

Para finalizar a través de las siguientes graficas se puede observar que los distintos datos oficiales de las encuestas y estudios nacionales muestran que la prevalencia sobre el consumo de alcohol y los patrones de consumo durante el periodo del 2002 al 2017, para la población total de 12 a 65 años fueron considerablemente variables algunos manteniendo sus parámetros por mínimos porcentajes como el consumo de alcohol por primera vez y el del último mes y año; disminuyendo la dependencia. Sin embargo es notable ver que el consumo de alcohol va en aumento exponencialmente de manera consuetudinaria.

Grafico N°2.

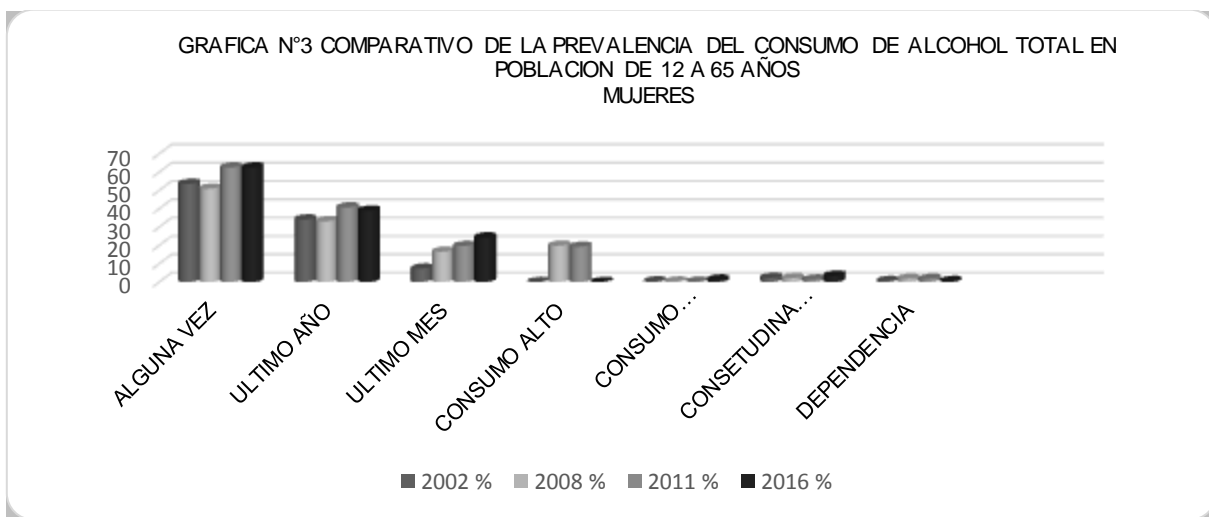
COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACION TOTAL DE 12 A 65 AÑOS				
	2002 %	2008 %	2011 %	2016 %
ALGUNA VEZ	64.9	61.3	71.3	71.0
ULTIMO AÑO	46.3	44.1	51.4	49.1
ULTIMO MES	19.2	27.3	31.6	35.9
CONSUMO ALTO	NC	32.0	32.8	NC
CONSUMO DIARIO	1.4	0.9	0.8	2.9
CONSETUDINARIOS	5.6	6.1	5.4	8.5
DEPENDENCIA	4.1	5.0	6.2	2.2



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 y La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 Reporte de Alcohol (ENCODAT)
 NC: No Comparable

Grafico N° 3

COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACION TOTAL DE 12 A 65 AÑOS MUJERES				
	2002 %	2008 %	2011 %	2016 %
ALGUNA VEZ	53.6	51.0	62.6	62.6
ULTIMO AÑO	34.2	33.2	40.8	39.0
ULTIMO MES	7.4	16.6	19.7	24.4
CONSUMO ALTO	NC	19.9	19.3	NC
CONSUMO DIARIO	.4	.3	.2	1.4
CONSETUDINARIOS	2.3	2.1	1.4	3.5
DEPENDENCIA	.6	1.8	1.8	0.6



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 y La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 Reporte de Alcohol (ENCODAT)

NC: No Comparable

Gráfico N°4

COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACION TOTAL DE 12 A 65 AÑOS HOMBRES				
	2002 %	2008 %	2011 %	2016 %
ALGUNA VEZ	78.6	72.3	80.6	80.1
ULTIMO AÑO	61.1	55.9	62.7	59.8
ULTIMO MES	33.6	38.8	44.3	48.1
CONSUMO ALTO	NC	45.0	47.2	NC
CONSUMO DIARIO	2.5	1.6	1.4	4.5
CONSETUDINARIOS	9.7	10.5	9.6	13.8
DEPENDENCIA	8.3	8.5	10.8	3.9



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 y La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 Reporte de Alcohol (ENCODAT)

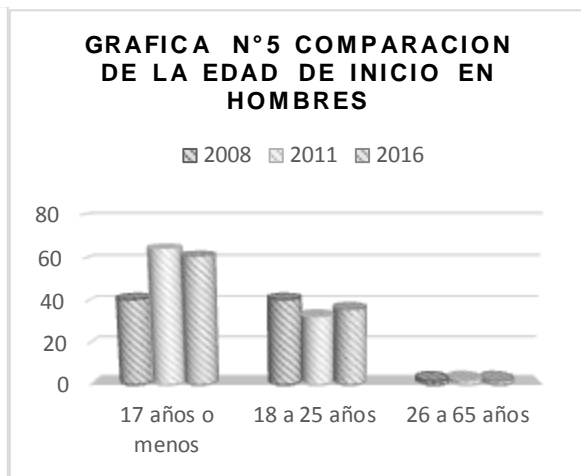
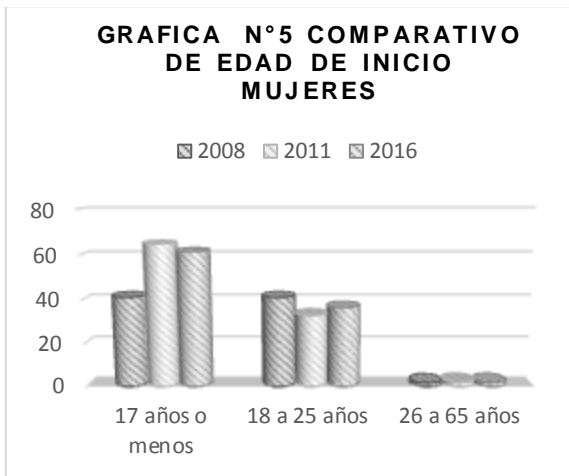
NC: No Comparable

En México, los hombres rebasan el consumo en todas las categorías a las mujeres, aunque estas han aumentado su consumo en los últimos años.

Gráfico N° 5

Comparativo de la Edad de inicio del consumo de alcohol

	ENA 2008			ENA 2011			2016		
	17 años o menos	18 a 25 años	26 a 65 años	17 años o menos	18 años a 25 años	26 a 65 años	17 años o menos	18 a 25 años	26 a 65 años
SEXO	%	%	%	%	%	%	%	%	%
HOMBRES		41.4	1.8	64.9	33.0	2.1	61.5	36.5	2.0
MUJERES	38.9	51.2	9.9	43.3	46.1	10.6	43.1	47.1	9.8
TOTAL	49.1	45.7	5.3	55.2	38.9	5.9	53.1	41.3	5.6



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 y La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 Reporte de Alcohol (ENCODAT)
 NC: No Comparable

La edad de inicio se ha mantenido estable desde 2008 con una media de 17.9 años en 2008 y 2016 y 17.8 años en 2011. En hombres la edad de inicio fue de 16.6 años en hombres y 19.2 años en mujeres en 2011 mientras que en 2016 es de 16.7 y 19.2 años respectivamente, edades que se han mantenido constante desde 2008.

1.4 ¿Qué es el alcoholismo? Sus conceptualizaciones teóricas

Los distintos enfoques que se tienen entorno al alcoholismo, existe un constante debate por las posturas que se toman, para conceptualizarlo; ya que ha dejado de ser un tema exclusivo de interés tanto académico, como científico. Para dar paso a distintas disciplinas que aportan conocimientos nuevos como la medicina, psicología, antropología, economía, entre otras. En ese sentido desde una visión integral el alcoholismo es definido como “un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo genético, fisiológico, neurobioquímico, patológico, sociológico, antropológico y cultural (Velasco Fernández, 1988, pág. 62).

Inicialmente en 1849, el término alcoholismo fue acuñado por Magnus Huss. Hasta la década de 1940, hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado; su definición hacía referencia a mirar el alcoholismo como una enfermedad solo del ámbito médico. Y para Ford (1951) “El alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espiritual”

Siguiendo en esa misma línea médica para el doctor Mark Keller, el alcoholismo es “un trastorno de la conducta que se manifiesta por la ingestión repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que provoca un comportamiento anormal o desviado y que daña el funcionamiento social, económico o la salud de quien la ingiere” (Velasco Fernández, *op cit.*, págs. 75-94).

Así mismo el doctor Jellinek, quien tituló a una de sus obras “*El concepto de enfermedad de alcoholismo*”. Refiriéndose a él como una enfermedad debido al uso descontrolado de bebidas alcohólicas que causaran algún daño físico a los individuos, a la sociedad o ambos. Agregando a lo anterior en su libro titulado: “Esa enfermedad llamada alcoholismo”, explica: que para comprender el fenómeno complejo del alcoholismo desde el punto de vista médico – social, como él lo considera; es partir de la clasificación que propone o mejor dicho las cinco distintas formas de alcoholismo, que nombro con el alfabeto griego.

Alcoholismo alfa: Esta forma se traduce como una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aún de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica del carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo beta: Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica).

Alcoholismo gama: En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en su consumo. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas o durante meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. Según Jellinek, esta forma de alcoholismo se encuentra principalmente en los Estados Unidos de América y en los países anglosajones. Por su puesto, puede presentarse el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo delta: Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el sujeto no puede abstenerse de beber ni aun por unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia. Esta forma de alcoholismo es más común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.

Alcoholismo épsilon: Es el alcoholismo periódico, también llamado "dipsomanía". No debe de confundirse con el tipo gama que tienen también periodos de abstinencia.

Sin embargo, las imprecisiones de este término para su aplicación en tratamientos o prevenciones, origino que los diferentes comités de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), fueran modificando su percepción hacia el alcoholismo, través de sus diferentes informes y a lo largo de sus vastas investigaciones, como lo muestra Armando Javier Guerra Guerra (1977), quien refiere que:

La OMS en su primer reporte de 1950 consideraba que “el alcoholismo es toda forma de ingestión del alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualesquiera que sean los factores etiológicos responsables y cualquiera que sea el origen de esos factores, como la herencia, la constitución física o las influenciad fisiopatológicas y metabólicas adquiridas” (OMS, 1951, pág. 30).

Para el año de 1952, los expertos del comité expresaban en nuevos términos el alcoholismo, haciendo referencia hacia la persona en donde “los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás, su comportamiento social y económico, o bien que ya representan los pródromos (precursores) de tales manifestaciones” (OMS, *Op. Cit.*, pág. 30).

Conceptualizaciones que cambiaron en 1956, al designar oficialmente al alcoholismo como “una enfermedad”; así como una definición que ha sido aceptado por las agrupaciones e instituciones médicas; y jurídicas para ser incluida como un término legal en las distintas legislaciones de varios países.

Sin embargo un análisis más detallado para definir al alcoholismo en 1976, señalo a este como “un trastorno en el cual el consumo de alcohol va en detrimento de la salud o del mal funcionamiento social de la persona, por un periodo de tiempo” (Naveillan, 1981, pág. 341); a la par se pueden describir diferentes conductas tales como el exceso alcohólico episódico, exceso alcohólico habitual, y adicción (dependencia), según la cantidad de alcohol bebido y la frecuencia de ingestas alcohólicas excesivas, al igual de dependencias físicas y emocionales.

Del mismo modo el glosario de términos de alcohol y drogas ha conceptualizado el alcoholismo bajo ciertos criterios, debido a la poca claridad con que se maneja el término en el ámbito clínico de la medicina y psicología, estableciéndolo de la siguiente manera:

El alcoholismo (alcoholism) (F10.2) “Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas” (OMS, 1994, págs. 16-17).

El alcoholismo de ser una enfermedad, para definirlo o conceptualizarlo se inclina hacia la conducta y el consumo de la persona. Por lo que el manual de diagnóstico psiquiátrico DSM-IV incluye en su definición la clasificación dos principales tipos de alcoholismo: el abuso de alcohol y la dependencia al alcohol; este considera al problema como un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamientos mentales y fisiológicos indicativos de que el individuo no ha dejado de consumir la sustancia, a pesar de la aparición de problemas graves relacionados con ella.

Así mismo, en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)¹⁸ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su capítulo V, define más que el alcoholismo, la dependencia enfatizando en la conducta como “un patrón de manifestaciones fisiológicas y comportamientos mentales y cognoscitivos en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo”.

En algunos casos se ha considerado que el alcoholismo es una noción occidental, lo que introduce el debate sobre los “síndromes culturalmente delimitados” (culture-bound syndromes), una categoría polisémica y flexible que ha sido cuestionada por considerársele hasta cierto punto etnocéntrica, ya que hace

¹⁸Nota: La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

referencia a padecimientos “folk” no reconocibles por la biomedicina y que casi siempre se sitúan en sociedades no occidentales (Amezcu M.).

Por otro lado desde una visión distinta a la médica-biológica del alcoholismo, se aportan elementos desde la antropológica social, que caracterizan al alcoholismo no solo como una enfermedad; sino desde un proceso de alcoholización, este entendido como un concepto distinto que contempla cuestiones sociales y culturales, colocando la ingesta de alcohol dentro de un proceso que adquiere funciones específicas dentro una sociedad donde hay una cultura determinada; a diferencia del alcoholismo que suele asociarse de manera explícita o implícitamente solo a consecuencias patológicas generadas por el consumo de alcohol (Menéndez, 1991, pág. 114).

Para Menéndez (1991), el alcoholismo es una relación de situaciones patológicas dentro de dimensiones negativas en donde ponderan el alcoholismo como un integrador sociocultural el cual difiere del proceso de alcoholización en donde se profundiza más en los aspectos integrativos; sin embargo ambos fungen como conceptos relacionados. Agregando Manuel Amezcu & José Palacios Ramírez desde una mirada social consideran que lo biomédico niega la dimensión colectiva del consumo de alcohol, y se acerca al problema como una conducta individual desviada, patologizada, o desmedicalizada lo cual reduce considerablemente el campo de acción.

Desde la antropología, el consumo moderado y socialmente controlado, desempeña múltiples funciones relacionadas con rituales religiosos, creencias asociadas al ciclo de vida, enfermedades, curaciones, festividades o en general para la convivencia, que dependen de la cultura a la cual se pertenezca y se apropie; a la par de costos excesivos que repercuten en la salud, economía y trabajo, y sobre todo en un ámbito social donde contrae accidentes, violencia.

Por lo que es importante puntualizar que Menéndez (1991). Al referirse al proceso de alcoholización considera que este se va construyendo socialmente con relación a los procesos económicos- políticos y culturales de las sociedades en cuestión; sobre todo debe considerarse el contexto histórico que determina las

características dominantes del usos y del consumo de alcohol (incluyendo el no uso y el no consumo) por sujetos y conjuntos sociales.

Resumiendo se puede decir que el termino de alcoholismo es complejo y que actualmente no existe con unanimidad una sola definición sobre el cómo nombrar el alcoholismo, y más aún una sola disciplina que se encargue de su estudio, por lo que es uno de los temas que más aportaciones tiene para su estudio dese distintos ámbitos; ya que para unos es solo una enfermedad que se asocia a causas patológicas de carácter biomédico y atribuidas a características físicas del individuo; o simplemente para otros es parte de un trastorno de la conducta relacionados a factores sociales que conllevan un desorden por el consumo excesivo que manifiestan.

A la par, se puede decir algunas disciplinas se han encargado de su estudio en relación con otras para su entendimiento; desde una ámbito más explícito como la antropología que se enfoca hacia lo social tomando en consideración factores como la cultura, la sociedad y la economía; las formas de producción y consumo que encaminan a que se construya una concepción de alcoholismo o más aun como lo llama Menéndez de alcoholización. Sin embargo la práctica se ha convertido en una clasificación para solo diagnosticarse en estándares o diferentes reactivos de pruebas con el fin de homogenizar a los individuos y no consideran su entorno o contexto social.

Y no como un panorama integral que muestre las causas sociales y culturales que están en relación a problemáticas del alcoholismo o su consumo que va en relación con la práctica de conductas de riesgo como es el conducir automóviles después de haber bebido, tener relaciones sexuales sin protección, e intento de suicidio que es dos veces más frecuente entre quienes beben. El alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades. (Belsasso, s/f).

México se ha ubicado entre las naciones con los mayores niveles de consumo nocivo de alcohol, y por ende de daños a la salud, a la integridad de las personas, las familias, pérdidas patrimoniales y costos económicos a las

instituciones y a la sociedad (Medina Mora, 2014). Hay casi 6 millones de personas con necesidades de tratamiento por problemas de abuso y/o dependencia al alcohol, y más de 15 millones requieren de distintas intervenciones a raíz de problemas originados con el alcoholismo. Y que de los cuales 830 mil personas consumidoras de alcohol que han ido a un tratamiento, el 45.5% asistió a grupos de ayuda mutua, mientras que entre las personas que presentan síntomas de dependencia, 330,920 (6.8%) han buscado tratamiento. Donde se pueda abordar estas problemáticas para reducir el consumo alto de alcohol (ENA, 2011, 2001.pág 37).

1.5 El proceso salud- enfermedad a partir de las diferentes conceptualizaciones de salud

El concepto o la noción que se tiene de la salud- enfermedad, trata de un proceso muy complejo en donde no se puede hablar de uno sin considerar al otro. Y que en si nos sitúa en dirección de la evolución en la condición humana del propio hombre, en la forma de pensar y de actuar dentro de una sociedad. Ya que actualmente en el siglo XXI “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946); esta definición es el resultado vigente que se tiene por salud derivada de la carta constitutiva de creación de la Organización Mundial de la Salud, en donde se intenta abarcar dimensiones sociales, biológicas, psicológicas del ser humano procurándole un bienestar y proponiendo visión más integral.

A demás de que esta forma de conceptualizar a la salud como algo positivo, más allá de estar enfermo y como una condición de bienestar mental y social, además de físico. Sin embargo entender el proceso por el que ha pasado esta forma de conceptualizar la salud nos remonta a situarnos en distintos momentos no solo de la historia del ser humano, sino en las ideologías, culturas, ordenamientos jurídicos, De donde académicos, científicos, filósofos han partido para construir diversos modelos o paradigmas¹⁹ que contribuyan para entender la noción de concepto salud- enfermedad.

Primeramente en las sociedades primitivas, desde la edad media y hasta la actualidad, la salud se considera como algo mágico o religioso como refiere el modelo de Armando Arredondo (1992), [...] “la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la Fe religiosa, además de que eran los chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas, quienes se encargaban de atender tanto la salud como la enfermedad”.

¹⁹ Un paradigma está sustentado en un conjunto de prácticas de producción de conocimiento que son características de un campo o disciplina científica y que prevalecen en un periodo histórico determinado (Kuhn,1971)

Así mismo consideran que las creencias y prácticas primitivas sobre cómo mantener la salud y evitar enfermarse consistían en amuletos, talismanes, hechizos, etc. Y de igual forma [...] son prueba del interés de siempre conservar la salud como un bien preciado; además de que siguen persistiendo en las culturas. De este modo la salud consistía en estar bien con Dios, además de no tener defectos físicos ya que se asociaban a malestares o castigos de Dios, puesto que él era quien otorgaba por origen divino el bienestar; por lo que a este periodo se le conoce también como “la época del “Oscurantismo” debido a que los pensamientos e ideologías eran impuestas por la iglesia y no proporcionaban mayor conocimiento en beneficio, y a que tanto los cristianos como los paganos, atribuían la salud y la enfermedad a fuentes sobrenaturales” (Restrepo E. & Malaga H., 2001).

“Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre” (Arredondo A. *Op. Cit*).

Por otra parte los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza.

“Hacia 1250 a. c., Esculapio (Asklepios) era el dios de la salud y su culto persistió por mucho tiempo. Tuvo dos hijas, Panacea conocida como la diosa de la curación e Hygea, de la "salud", quien dio origen a la palabra "Higiene". En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia, a Hygea se le reconocía como diosa del arte de estar sano, entendido este, como la moderación en el vivir, "el orden natural de las cosas"; Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos”.

En los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor, es decir un envejecimiento sano. En ese sentido [...] Los griegos fueron elitistas en sus prácticas de salud porque las recomendaciones

de vida sana eran posibles solo para los aristócratas ricos que se podían dedicar al cultivo del cuerpo y al placer, pero no para los que tenían que trabajar y conseguir con su sudor el sustento; los esclavos no recibían la información (*Ibídem*, pág. 23).

Los grandes médicos griegos fueron, además, filósofos, y su interés no solamente fue el de atender la salud y la enfermedad, sino también otros fenómenos de la naturaleza y entender las interrelaciones entre el hombre y la misma. En ese sentido la salud y la enfermedad son procesos naturales, y que a la par va surgiendo la figura de la medicina griega con el objetivo de tener un balance; además de que es vista no solamente como una cura, sino que va poniendo énfasis en preservar la salud, vista como la importante tarea a lograr a través de la higiene.

Posteriormente la forma de concebir la salud deja tener su origen en cuestiones religiosas a tribuidas a divinidades y dioses míticos. Se va dando un proceso que va cambiando, a raíz de que la medicina va explorando nuevos campos y saberes. “Siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con este, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades” (*Ibídem*, pág. 23).

Por lo que se empieza a tener un mayor conocimiento sobre microorganismos y agentes patógenos que afectan la salud, sentando a si las primeras bases de la microbiología y de la bacteriología.

De este modo se tenía un análisis más detallado sobre las afectaciones que causaban la enfermedad²⁰ e impedían tener una salud plena, además de que sirvieron como base para el estudio de la medicina. Y de nuevos planteamientos entorno a que la salud- enfermedad, estaba condicionada por agentes patógenos externos que causan una respuesta al individuo, siendo estos los factor causales de enfermedad.

²⁰ Para mayor detalle revisar historia natural de la enfermedad Leavell y Clark.

“Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo; no obstante no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores” (*Ibíd*em, 24).

Teniendo en cuenta que ya existía una cuestión causal de enfermedad y que esta se planteaba desde conocimientos científicos y biológicos, se determinaban de manera individual debido a que “La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional” (*Ibíd*em, pág. 24).

En ese sentido la salud, ya no consistía solo en un bienestar interno del sujeto, influenciada por un agente patógeno externo o por las condiciones ambientales, sino que se plantean múltiples causas que condicionan el estado de salud a las que son expuestos los sujetos; y que su estudio ha llevado a que se diseñen diversas variables que permiten tener un control de la causa o causas de enfermedad; así mismo tener una mejoría a través del diseño de fármacos que contribuían a tener una mejor salud y aportan fundamentos a la medicina.

Estas concepciones sobre la salud-enfermedad estudiadas desde la epidemiología partían de un campo biológico e individual, derivados de metodologías científicas que servían de estándar para determinar la salud o enfermedad de los individuos; a través de tener un diagnóstico para predecir los resultados, así poder dar un tratamiento adecuado. Sin embargo se observaba que no eran del todo útiles debido a que las muertes se incrementaban y los individuos seguían enfermándose careciendo de salud.

La ciencia epidemiológica y medicina no respondían a la alta demanda de problemáticas de salud- enfermedad; por lo que se dan nuevos cuestionamientos y con ello diversos movimientos sociales, que explican la salud desde cuestiones biológicas e individuales de los sujetos; si no que se integran metodologías sociales, que incluían elementos externos que determinaban las condiciones de

vida y de trabajo entorno a la salud- enfermedad. Dándose la institucionalización y legitimación hacia una nueva forma de plantear las cuestiones sobre la salud-enfermedad. Mediante la creación de la salud pública; que refuerza y aporta nuevos conocimientos, donde el Estado es el encargado de mantener las condiciones adecuadas de salud, tanto individual como colectiva.

Así como de crear las políticas adecuadas para lograrla y de prevenir las futuras enfermedades evitando epidemias; controlando las causas de mortalidad y morbilidad²¹ y propiciando un mayor bienestar “Para lograr sus propósitos, la salud publica hace uso del conocimiento proveniente de todas las facetas de la existencia humana: desde las características personales de orden biológico hasta las dimensiones sociales más generales, como la cultura, la organización política y la estructura económica en las que se encuentran inmersos los seres humanos ” (López M., Puentes R., 2011).

En ese sentido la salud-enfermedad, estaba pensada entorno a la toma de acciones de prevenir y sanear el ambiente desde la salud pública, para lograr tener una adecuada salud, mediante la atención de enfermedades en hospitales y sanatorios. Trascendiendo así, la forma de mirar la salud y a las personas; como planteaba “Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, [...], que consideraba que las causas de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida de la gente pobre (*Óp., Cit.*)

La salud ya no consiste solo en mirar el cuerpo de manera biológica, por lo que se plantean paradigmas distintos que van formando ideas y concepciones fundamentales acerca de la enfermedad y la forma en que se determinan la salud y la propia vida. Por lo que “[...] surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida” (Breilh J., 1989).

²¹ Según la OMS. La causa básica de defunción se define como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal", según lo expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Se aborda la salud de una manera más compleja, en donde la salud no se concibe como una dimensión de la enfermedad de personas y se abre una visión de determinación social de la salud. “Más bien, los procesos que se gestan en la dimensión social de la vida tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y fundamentalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos” (*Ídem.*).

Por lo que la salud- enfermedad es considerada como un hecho social en donde según Jaime Breilh:

“El conocimiento objetivo de la salud y sus problemas debe relacionar las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan”.

Los perfiles epidemiológicos sobre las causas de mortalidad van más allá de entenderse como cuestiones estadísticas; por lo “[...] que tienen que ser interpretadas como parte del movimiento global de la vida social, para poder transformarlas es indispensable comprender las leyes específicas de los procesos biológicos que se desarrollan en el seno de esa vida social más amplia”. (*Ídem.*).

En sí, la salud y enfermedad son consideradas como parte de las condiciones de vida de las personas, que se determinan por medio de los diferentes contextos históricos y sociales que se producen y reproducen cotidianamente. Y que dependen de la forma en que los sujetos están organizados tanto social como políticamente, lo que determina los modos de vida y por ende las causas en cómo se de la salud y la enfermedad.

La salud además de tener sus bases biológicas, es considerada como parte de la enfermedad, que tiene carácter histórico-social y para ello debe ser entendido como un proceso social (salud-enfermedad), que se determina a través de las clases sociales y los modos de producción. “Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico

de enfermar y morir de los grupos humanos, tomando en cuenta los perfiles patológicos” (Laurel A., 1982).

El proceso Salud-Enfermedad tiene un carácter histórico porque “se muestra cómo la historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica” (Laurell, 1994). Si no que además el estudio realizado por Laurell, determina que socialmente al comparar los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo, tanto de fuerzas productivas, como de relaciones sociales de producción; lo que demuestra el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad, enfermen y mueran de modo distinto, debido a lo que se obtendrá como factores de riesgo para determinar el proceso de salud- enfermedad.

“Así definido, el proceso salud-enfermedad se manifiesta empíricamente de distintas maneras. Por una parte, se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, esto es, en el perfil patológico por la morbilidad o la mortalidad del grupo” (*ibidem*).

Las formas de entender la salud- enfermedad ante el panorama social ponen en cuestionamiento labor de la práctica médica para atender los padecimientos y las enfermedades.

En ese sentido Eduardo Menéndez (1981), expone tres modelos distintos de atención a la salud, siendo estos el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo alternativo subordinado y el modelo de auto atención, que de igual forma “expone las limitaciones técnicas e ideológicas en la práctica, y se dan formulaciones teóricas que traen consigo nuevos planteamientos de metodologías que estudian como los grupos sociales influyen en el comportamiento de la sociedad y viceversa”. Así como las características estructurales y funciones de cada uno de ellos.

El MMH²², permiten explicar el panorama de la salud y la enfermedad, a través de sus tres submodelos (el individual privado, el medico corporativo público y el medico corporativo privado) debido a que sus principales características estructurales consisten en: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Considerándose estos tres modelos, como paradigmas apegados a ideologías y saberes científicos, que definen el predominio de la práctica sobre la salud y enfermedad; generalizando el saber médico y biológico, lo que les da el carácter hegemónico²³ que legitima acciones contra la enfermedad y que pertenece solo al gremio médico y sus saberes. Y que según Menéndez (1987), cumplen una serie de funciones que se pueden reagrupar en tres tipos: a) el que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; b) un segundo tipo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y c) un tercer tipo en el cual incluimos la función económico-ocupacional.

De modo que dentro del proceso salud- enfermedad hay padecimientos que van más allá de ser solo biológicos y un claro ejemplo es la problemática o enfermedad del alcoholismo, y de las limitaciones que en este caso tiene el MMH, para explicarlo desde un ámbito individual, ya que es un proceso más amplio al que Eduardo Menéndez denomina “proceso de alcoholización”. Debido a que “involucran las pautas socioculturales y los determinantes económicos-políticos del

²² Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Menéndez (1981). Morir de alcohol

²³ El término hegemonía deriva del griego egesthai que significa conducir, ser guía, ser jefe, o tal vez del verbo eghemonero que significa guiar, preceder, conducir, y del cual deriva estar al frente, comandar, gobernar. Para más detalle revisar el concepto propuesto por Antonio Gramsci 1978 *El concepto de Hegemonía en Gramsci* (México: Ediciones de Cultura Popular). Caps. I y V. Págs. 7-24 y 89-111 respectivamente.

consumo del alcohol, de cuyas consecuencias emerge el alcoholismo y esta a su vez, sumergido en medicalización.

A pesar de que el MMH reconoce que el “alcoholismo” es un problema”; que se enmascara en otros factores como son: los accidentes vehiculares, los diferentes tipos de violencia y suicidios que se dan bajo el consumo y abuso de alcohol; así como las enfermedades derivadas de cirrosis hepática y otras causas gastrointestinales, que a la par van en incremento con la industria alcoholera y las nuevas formas culturales y simbólicas para sociabilizar o diversión entorno al consumo de alcohol.

Por lo tanto se puede decir que la salud- enfermedad es un proceso que toma en consideración las características biológicas de los padecimientos y enfermedades, además de considerar factores políticos, económicos y sobretodo sociales que tienen que ver con ideologías, costumbres y saberes, no solamente científicos, sino que pueden haber saberes populares que influyen en el proceso de salud- enfermedad.

Igual el alcoholismo tiene una serie de factores que determinan el carácter social y biológico de la enfermedad, y que son vistos con significados diferentes dependiendo del tipo de sociedad y contexto político en el que se encuentran, ya que para unos el consumo de alcohol puede significar un problema social, y para otros un factor social de convivencia que facilitan las relaciones del día a día y que ponen límites claros a través de un uso razonado y una sana convivencia.

1.6 Respuestas frente a la problemática del consumo de alcohol y alcoholismo

Ante la situación planteada anteriormente respecto al consumo de alcohol y alcoholismo, se han recurrido a dar respuestas a esta problemática desde distintos ámbitos; desde generar acciones de prevención, rehabilitación, junto con diversos tratamientos para coadyuvar en la problemática. Debido al impacto dañino que ocasiona hacia la salud física y mental, tanto individual como social.

A demás de que instituciones a nivel mundial, nacional y diversas organizaciones civiles, han creado desde varios campos de conocimiento diversas estrategias y programas para dar respuestas a esta problemática, mediante la elaboración de tratamientos medicalizados. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera en su agenda de trabajo, la temática sobre el alcoholismo, colaborando con investigaciones y manuales para reducir el consumo de alcohol, así como propuestas para diversas naciones para dar atención a las problemáticas que se originan.

Actualmente esta organización, constituye una prioridad de salud pública el trabajar sobre el consumo de alcohol por ello que ha publicado “diez estrategias o principios rectores que diseño para reducir el consumo nocivo del alcohol” (OMS, 2010); mediante la prevención y la reducción del uso de riesgo y nocivo del alcohol, sus principios rectores son:

- a) La formulación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol deben guiarse por los intereses de salud pública, basándose en objetivos claramente definidos y en la mejor evidencia disponible,
- b) Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos nacionales, religiosos y culturales,
- c) Las partes interesadas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no se socave la aplicación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol,

- d) Se debe otorgar la debida deferencia a la salud pública en caso de conflicto de intereses,
- e) Protección de las poblaciones expuestas a un gran riesgo de sufrir daños atribuibles al alcohol y de las expuestas a los efectos del consumo nocivo de terceros,
- f) Las personas y las familias afectadas deben tener acceso a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención,
- g) Los niños, adolescentes y adultos que optan por no consumir bebidas alcohólicas tienen derecho a que se respete su decisión de no beber y a estar protegidos de las presiones para que beban, y
- h) En dichas políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños, abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución.

México al ser un país adscrito a la Organización Mundial de la Salud (OMS); se apega a sus recomendaciones, a través d al incluir dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Plan Nacional de Salud, elaborado de manera interna por el gobierno para dar respuesta frente a la problemática; donde incluye acciones prioritarias en el conocimiento de la magnitud y el impacto del problema; el desarrollo de marcos normativos y jurídicos para la regulación y el control de la producción, venta y consumo de bebidas alcohólicas; en los que incluye la organización de los servicios de atención orientados a la prevención, al tratamiento y la reinserción social de las personas que padecen esta problemática, así como la evaluación de los niveles de éxito alcanzados mediante acciones previas.

Así como la creación de organismos e instituciones que den atención a la problemática y promuevan acciones para disminuir el consumo de alcohol entre las que se encuentra El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), creado por decreto presidencial en el año de 1986, el cual tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, tabaquismo y la farmacodependencia, así como proponer y evaluar los programas relativos a esas materias. Llevando a cabo tareas de

coordinación y concertación con los sectores público, social y privado en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación, capacitación e investigación, dentro del marco de los Programas Nacionales contra las Adicciones.

A demás de la creación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), constituidos como una asociación civil no lucrativa adscrita al sector salud, y que por medio de 117 unidades a lo largo del territorio nacional da atención y apoyo a personas con problemas de alcoholismo y drogadicción. A demás de realizar foros y programas de atención a reducir el consumo. En apoyo al programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, actualmente los Centros de Integración Juvenil realizan labores encaminadas a la detección oportuna y al tratamiento del alcoholismo y de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, ampliando así sus criterios de operación.

Dentro de las instituciones que apoyan a reducir el consumo de alcohol se puede decir que también la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras universidades e instituciones de educación superior, incluyen dentro de sus programas preventivos dirigidos a la comunidad estudiantil temas relacionados con la prevención de adicciones en los que se pueden considerar el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo.

La Facultad de Psicología de la UNAM lleva a cabo un modelo de intervención breve y ha elaborado un manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber, ambos dirigidos a los bebedores con problemas, no dependientes del alcohol, que intentan modificar sus pautas de consumo. “La misma facultad ofrece un programa de residencia en adicciones para psicólogos” (SS, 2001).

Otra forma en la que se ha dado respuesta para enfrentar la problemática del consumo de alcohol y el alcoholismo es a través de incorporar normas y leyes que regulen su consumo y su venta y distribución, dentro de la ley general de salud, como lo refiere el artículo único “3o., fracción XIX; 184 Bis, primer párrafo; 185, primer párrafo y fracción II; 186, primer párrafo y la denominación del Capítulo II del Título Décimo Primero; se adicionan las fracciones IV y V al artículo

185; los artículos 185 Bis, 185 Bis 1, 185 Bis 2 y 186 Bis; un Capítulo II Bis al Título Décimo Primero, que se denominará “Protección de la Salud de Terceros y de la Sociedad frente al uso nocivo del Alcohol”, con los artículos 187 Bis y 187 Bis 1 a la Ley General de Salud”.

“De esta forma, se ha observado que las soluciones de política desarrolladas para encargarse del alcohol no solo son numerosas sino que son muy diversas, y van desde los servicios terapéuticos individuales hasta las intervenciones a nivel de comunidad y población diseñadas para influir en el costo, disponibilidad y accesibilidad del alcohol” (OPS, 2010).

Así, algunas de las estrategias en el CONADIC que se tiene registro de haberse implementado para la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol, son:

- A) Elevación de los precios a través del aumento de impuestos.
- B) Establecimiento de una edad mínima para la compra.
- C) Restricciones fuertes a la publicidad, promoción y patrocinio.
- D) Incorporación de mensajes sanitarios en los envases y empaques, incluso de imágenes que muestran los efectos nocivos para la salud y la integridad de las personas.
- E) Educación sobre el tema en las escuelas.
- F) Prueba de alcoholímetro.
- G) Intervenciones breves para consumidores excesivos.
- H) Prohibición de los descuentos y las promociones de venta que incitan a consumir de forma excesiva.
- I) Restricciones de horario y días de venta.

También se puede decir que se tiene como respuesta frente a la problemática la creación de diferentes organismos desde la sociedad civil como lo son los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A), que han creado grupos de ayuda mutua para apoyar como estrategia en la reducción y rehabilitación del consumo de alcohol y las problemáticas alternas que se originan con el alcoholismo. Y debido a esta intervención en materia de alcoholismo, que nos remonta a

considerar un breve recorrido histórico que nos brinde un panorama más amplio de cómo surgió y como se ha dado la dinámica y el programa de trabajo en los grupos de alcohólicos anónimos (A.A), puesto que México es uno de los países que ha adoptado esta forma de trabajo para tratar el alcoholismo y que además ha creado sus propios grupos de ayuda mutua para apoyar en la reducción del consumo de alcohol y las problemáticas alternas que se originan con el alcoholismo. Así es como alcohólicos anónimos (A.A), nace:

“El 10 de Junio de 1935, en Akron, Ohio, un lugar de los Estados Unidos de Norteamérica, el que había sido un hábil y próspero hombre de negocios, Bill W., quien debido a su forma incontrolable de beber, se ve en condiciones desalentadoras tanto física, moral y económicamente. Por propia necesidad, puso práctica con otro alcohólico: el Dr. Bob, un prestigiado médico cirujano, un sencillo método para dejar de beber que había descubierto a fines de 1934. A partir de la influencia de Ebby, un miembro de los grupos “Oxford” que habían encontrado parte de la solución de la enfermedad del alcoholismo, la compartió con el antes y durante el transcurso de su tercer internamiento en un hospital de New York (AA).”²⁴

Y de acuerdo a lo que refiere el material de servicio de la Oficina de Servicios Generales (OSG, 2013). El primer libro azul de alcohólicos anónimos (A.A), se termina de escribir por Bill W. a finales de enero de 1939 expandiéndose de manera interna y posteriormente en 1941, el libro se empieza a internacionalizarse a otros países a través de los constantes viajes que realizaban.

“Para 1944, Bill W. hizo una gira en los Estados Unidos para visitar los grupos de A.A. Luego, en 1950, viajó a Europa. En una carta dirigida al Dr. Bob, después de pasar casi siete semanas allí, Bill dijo, “A.A. ha llegado a Europa para quedarse.” Bill visitó Noruega, Suecia, Dinamarca, Holanda, Francia, Inglaterra, e Irlanda. En esa época había 3,527 grupos en aproximadamente 34 países. Actualmente hay más de 114,000 grupos en aproximadamente 170 países”.

²⁴ La Oficina de Servicios Generales (OSG) de Alcohólicos Anónimos (2018). En su sitio web refiere que hoy día AA. está presente en unos 180 países, con unos 118,000 grupos y más de dos millones de miembros por todo el mundo y se ha traducido la literatura de A.A. a idiomas tan diversos como afrikaans, árabe, hindi, nepalí, persa, suahili y vietnamita, entre muchos otros.

Surgiendo así los primeros pioneros de alcohólicos anónimos, a la par de los libros y literaturas que actualmente se siguen manejando y actualizando; cambiando el nombre de adictos al alcohol por el de alcohólicos anónimos, debido a que la literatura refiere que no se tenía una certeza sobre cuándo una persona volvería a tomar y de quienes eran los que bebían. A demás de que retoman para su programa conceptos con un sentido espiritual y no religioso, e incluyen pautas de la medicina y la psiquiatría, pero sobretodo del trabajo de grupos de alcohólicos, trabajando con otros alcohólicos a través del dialogo y el habla de experiencias mutuas; como lo menciona su declaración de servicio:

“Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad (Óp. Cit)

Trabajando con 36 principios que constan de la siguiente manera²⁵:

Doce pasos: Principios que sustentan la recuperación del alcohólico, la práctica de estos lleva a conseguir la sobriedad.

Doce Tradiciones: Principios que permiten una buena relación entre los miembros y la comunidad exterior.

Doce Conceptos para el Servicio Mundial: Principios permiten que dichas estructuras cumplan con el objetivo fundamental de hacer posible el mensaje de AA.

En México durante la década de 1950, un ginecólogo mexicano organizó pequeños grupos de alcohólicos bajo el nombre de Asociación Mexicana de Alcohólicos en Recuperación (AMAR). Utilizando el psicodrama y la catarsis, el

²⁵Ver anexo 3

fundador de AMAR decía basarse en el programa de AA y en los criterios sobre alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomados del trabajo del doctor Jellinek. Posteriormente en 1975 se dio la primera división o desmembramiento real en uno de los cerca de mil grupos de AA que existían y dio lugar a lo que se conoce como el Movimiento “24 Horas”. Y que posteriormente nace el 24 de agosto de 1986. La sección México conformándose de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Central Mexicana

- Alcohólicos anónimos tradicionales: Son grupos que sesionan “hora y media” o tradicionales realizan juntas por lo menos tres veces a la semana.
- Grupo de 24 horas y terapia intensiva (T.I): Estos grupos comenzaron a organizar varias reuniones diarias, en la actualidad, los grupos 24 Horas pueden realizar hasta 16 juntas cada día, de manera continua y de tener un área de internamiento llamada “anexos” que están abiertos las 24 horas del

día. El internado puede permanecer el tiempo que su familia o persona responsable lo autorice y podrá solicitar su salida en el momento que así lo desee, pero es altamente recomendable que sea cuando lo sugieran los responsables de la agrupación de acuerdo al proceso de recuperación de cada persona en particular. “Para los grupos de 24 horas y terapia intensiva la literatura no es muy importante para 24 Horas y han hecho algunas publicaciones propias, como panfletos y boletines con contenidos no aprobados por la Conferencia Mundial” (Rosovsky, 2009).

- Grupos de 4° y 5° pasó: Maneja los doce principios y las doce tradiciones que rigen AA.
- Grupos fuera de serie: Maneja la rehabilitación y terapia a base de los principios de manera constante.
- Central mexicana: Son los encargados de concentrar la información sobre los grupos de A.A. que se conforman, así como de tener que proporcionar su registro y certificación, además de compartir la información a través de literatura y de brindar ayuda. La Central Mexicana para organizar su trabajo y apoyar todas las regiones del país se ha dividido en siete zonas, cada una con un número variable de áreas y cada área integrada por distritos, los cuales se conforman por grupos.
- Oficina de servicios generales: La Oficina de Servicios Generales es el depósito de la experiencia y conocimientos compartidos de AA, acumulados a través de muchos años y que cumple con el objetivo primordial de:
 - Prestar servicios y facilitar información y experiencia a los grupos de todo el País;
 - Publicar literatura;
 - Sostienen las actividades de la Junta de Servicios Generales;
 - Efectúa las recomendaciones de la Conferencia Mexicana de Servicios Generales.

Es así que la forma de trabajo de los grupos de alcohólicos anónimos (AA). Ha servido no solo para las personas con problemas con el alcohol, sino que también para los familiares de las personas que tienen problemas con el alcoholismo (Ala-non); y además de servir de apoyo para manejar otros grupos como son neuróticos anónimos (NA). Ya que su principal función es apoyar a otro a salir a delante.

A demás se puede decir que a la par de los grupos de alcohólicos anónimos (AA) han surgido otros organismos de índole privada que dan respuesta ante la problemáticas del consumo de alcohol y de las adicciones, entre ellos se encuentra la clínica de OCEÁNICA, clínica de MONTE FÉNIX, que ofrecen una solución a la medida para problemas relacionados con el abuso del alcohol, drogas, medicamentos y codependencia. Su objetivo es ayudar a la recuperación a través de un programa intensivo y personalizado que combina un equipo clínico, el cual identifica y acompaña a la solución de los trastornos, integrando a la familia en su proceso de recuperación y rehabilitación.

El plan de tratamiento incluye diferentes métodos como:

- Grupos de terapia.
- Sesiones individuales.
- Talleres.
- Conferencias.
- Terapia racional emotiva.
- Herramientas conductivo-conductuales.
- Grupos de autoayuda.
- Asesoría nutricional.
- Atención psiquiátrica.
- Actividades recreativas.
- Terapia familiar.

Además de que en México existen centros de rehabilitación creados y financiados por Organismos No Gubernamentales (ONG´S) que están en pro de la

rehabilitación y apoyo a las adicciones, entre las que se incluye el alcohol. De los 233 centros de rehabilitación y atención a personas adictas que existen en el Distrito Federal, actualmente 20 se encuentran certificados por el Centro de Certificación y Verificación del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México (IAPA).

“Algunos de los centros que recibieron su registro son: Clamor en el Barrio de México, A.C.; Fundación Jóvenes Tlatilco, A.C.; Drogadictos Anónimos, A.C. Grupo Liberación; Casa de Recuperación para Alcoholismo y Drogadicción Carrasco, A.C.; La Perla Mexicana, Casa de Rehabilitación para Alcohólicos y Drogadictos, A.C.; Oasis Centro de Atención, A.C.; Comunidad Terapéutica Hacienda La Paz, A.C. Nuevo Amanecer Santa Lucía; Reto a la Esperanza, A.C., y Centros de Estudios para Alcohólicos, A.C., Jóvenes la Raza, entre otros” (Lara P.,2011).

Por otra parte en México a raíz de los sus usos y costumbres, ha ido fomentado una de las más antiguas tradiciones con origen en la fe y el catolicismo, como coadyuvante en el tratamiento para dejar de beber, conocido como “acto del juramento” con ideas y costumbres religiosas que se gestan en las iglesias; y que se cree que tiene sus orígenes en “Francia en 1822, en la población de Ars. El sacerdote de esa comunidad, alarmado por los crecientes problemas generados por la excesiva ingesta de bebidas alcohólicas por parte de sus feligreses, se propuso impulsar a los fieles a jurar o prometer el abstenerse de ingerir alcohol por uno o dos días. Poco a poco, logró que proliferara este ejercicio en la comunidad”.

[...] En México esta costumbre empieza a instituirse en la Catedral Metropolitana, en el Santuario de Chalma y en la Basílica de Guadalupe, entre 1959 y 1960. Con el paso del tiempo esta costumbre se ha ido arraigando más y más en nuestro país, hasta alcanzar una popularidad que rebasa la de otros países (*Óp. Cit*).

Considerando que "El juramento es una oración, una orientación y motivación en el aspecto humano y espiritual, juran por el tiempo que consideran, de manera libre, con un compromiso profundo de cumplir cabalmente su palabra", asegura el párroco de la basílica de Guadalupe.

Debido a que “La mayoría de las veces el bebedor problema acude a jurar bajo presión externa; es muy raro el individuo que acude por su propio deseo. Esta presión puede ser ejercida por la familia, quienes promueven esta práctica e impulsa al bebedor a jurar siendo. Los familiares quienes viven en carne propia las repercusiones físicas, ocupacionales y sociales que sufre el individuo”.

El proceso por el cual se tiene que pasar para realizar esta práctica religiosa consiste en:

- Acudir a la Basílica de Guadalupe con el fin de jurar.
- Ir a la Iglesia del Pocito que se encuentra a un costado de la misma, y dirigirse con el encargado de los juramentos.
- Este último agrupará a los que acudan en ese momento y comenzará a escribir los datos pertinentes del caso en una tarjeta que en el reverso presenta la imagen de la Virgen de Guadalupe.
- Una vez realizado el trámite, el individuo se dirige al sacerdote ante quien habrá de efectuar el juramento.
- Antes de jurar, el Padre explica al bebedor la naturaleza exacta de su acto y del compromiso que adquiere, advirtiéndole que si faltara a su promesa algún tipo de castigo divino caerá sobre él. Asimismo, el sacerdote suele recomendar que el plazo elegido para abstenerse sea de seis meses o más.

A través de este proceso, el acto de juramento se puede llevar a cabo por un periodo que va de tres a seis meses y en consideración del sacerdote se puede otorgar un periodo más amplio de un año, que en ocasiones las licencias que son otorgadas por un párroco en representación de la arquidiócesis católica, permiten el poder beber sin romper el juramento.

A manera de conclusión se puede decir que nuestra sociedad actual ha podido dar respuesta ante la problemática del consumo de alcohol y el alcoholismo, a través de la intervención de instituciones tanto públicas como privadas y religiosas; así como la gestión de leyes y normatividades que

actualmente se encuentran vigentes en materia de prevención. Y por lo que se refieren en estadísticas oficiales que han dado resultados en cuanto a la disminución de accidentes bajo el influjo del alcohol, como en la venta de este mismo a menores de edad.

A demás de la creación de programas que siguen las pautas internacionales apegadas a las recomendaciones establecidas por la OMS, como lo son las diez estrategias para reducir el alcoholismo, en específico la protección en las comunidades que se encuentren en riesgo y el acceso a los servicios que provén de la atención y la prevención a las familias de las personas afectadas por problemas de alcoholismo.

Además de que alcohólicos anónimos (AA), apoya como una estrategia en la atención, apoyándose en su programa de 12 pasos, para fortalecer la atención a través de los grupos de ayuda mutua, que han dado una alternativa a la atención y tratamiento. Y que de igual forma el acto de juramento sirve de apoyo a través de la fe y la creencia católica; sin embargo no se tiene una certeza de su eficacia y sobretodo de la cantidad de personas que acuden a este tipo de prácticas. Y de la certeza de su recuperación.

Capítulo II

Los Significados: Su relación con el consumo de alcohol y el alcoholismo

2.1 ¿Qué son los significados?

A partir de que el ser humano interactuó con sus semejantes, surgió la necesidad de comunicarse mediante una serie de códigos establecidos por signos, símbolos o lenguajes, pictóricos o a base de sonidos y señales, los cuales le generaban un intercambio de conocimientos para sobrevivir e identificarse con otros; que a su vez le aportaban un sentido de pertenencia e identidad tanto cultural como social.

Pero en sí, lo que hacen que en cada contexto se puedan construir ideas, creencias o distintas forma de pensar, es la interrelación que se da entre el conocimiento y la comunicación para atribuirle un valor. Que en esencia se reconocen como los significados que se evocan o interpretan con su uso y practica; que a su vez se convierten en un sistema convencionalmente aceptado dentro de la sociedad para su convivencia. Aunado que en su uso, los significados se produzcan y reproduzcan, sin ser cuestionados por los mismos individuos.

De esta manera los significados suelen ser parte importante del ser humano en su aprendizaje para exponer sus ideas o expresa sentimientos y emociones; mismos que aluden a ser explorados por corrientes lingüísticas estableciendo, que través del uso del lenguaje se construyen los significados; mientras que otras, como las disciplinas filosóficas, refieren que el hombre aprende a explicar su mundo para darle un significado a partir de procesos más reflexivos.

En su caso podemos decir que “Aristóteles definió al ser humano como el animal depositario de la palabra (*dzonn logas ejon*). El hombre es creador de la palabra, pero sin ella el hombre no es” (Medina Liberty, 1995).

En ese orden de ideas, podemos decir que el término referente al “significado” también es estudiado por la sociología y psicología, para entender el concepto, más no para definirlo. Principalmente por Lev Semionovich Vygotsky, Jerome Bruner y Kenneth Gergen. Quienes hacen sus aportaciones con diferentes elementos; Siendo que “Vygotsky la idea original resalta el paso de la significación entendida como interpsicológica a la intrapsicológica; mientras que en Bruner los significados se aprecian como una constante negociación entre seres humanos para estar inmersos en una cultura; y por último en Gergen, la construcción relacional de los significados” (Arcila Mendoza, Mendoza Ramos, Jaramillo, & Cañón, 2010, pág. 37-49).

Según el mismo Vygotsky el hombre se concibe a partir del desarrollo histórico-cultural, en donde existe un constante proceso de culturización que permite el desarrollo humano a partir de que la mente humana va interiorizando del mundo externo los elementos que le permite conocerlos e incidir en ellos, y que a su vez puede transformarlos. Debido a que “los símbolos no sólo cumplen una función interna de representación, sino que también se desempeñan como instrumentos de comunicación, regulando nuestras relaciones con los demás” (Medina Liberty, 1995), esto es debido a que el hombre a través de la relación y la sociabilización adquiere los significados, posteriormente los procesa en el pensamiento adquiriéndolos como parte de el mismo.

“La cultura es entendida como la segunda línea de evolución de los significados, ya que si los signos se encuentran en la cultura, los significados, a su vez, se encuentran en ella. Cuando el hombre utiliza los signos como mediadores, es decir, cuando ya los ha interiorizado, está en la capacidad de transformar el medio, los signos y a sí mismo y, de esta manera, se cambian los significados culturalmente establecidos (Vygotsky, 1987).” (*Ibídem*)

Bruner optó por buscar otras posibilidades que le permitieran comprender al hombre, su pensamiento y como la mente aprende a partir de dos vías entre la biológica o protolingüística donde el ser humano se encuentra equipado por su especie natural para desarrollarse en un medio y la cultural que le permite ser lo que uno es en sí mismo, y que a través de la interrelación de su medio cultural

empieza a entender el mundo que lo rodea y explorar como está construido dando un sentido y significado a todo lo que lo rodea de manera simbólica y la apropiación del lenguaje, que surge en su misma cultura condicionando los significados ” Para Bruner el lenguaje permite a los sujetos participar en la cultura, entender y construir sus significados”(Ibidem).

Por otro lado, Gergen, se enfoca en las relaciones sociales como la base para entender que los significados se crean y transforman dentro de un medio de interacción, con los otros que pertenecen a su contexto social que comparta el mismo sentido, por lo que [...] el ser humano desde su nacimiento se encuentra bajo la influencia de las relaciones de su comunidad, y en las acciones coordinadas es que empieza a construir, deconstruir y co-construir de manera constante los significados (Gergen, 2006).

“Lo anterior conduce a comprender cómo los significados evolucionan o se transforman a lo largo del tiempo. Para ello, es necesario comentar sobre el lenguaje, el sentido, las acciones y los complementos, ya que son los elementos necesarios para que en las relaciones humanas se construyan los significados. Interpreta los significados como una construcción relacional que necesita de acciones y suplementos para ser contextualizada; esto quiere decir que el lenguaje no tiene significado por sí solo, tan sólo adquiere su valor en la relación”.

Berger en este sentido considera que los significados crean y fortalecen las relaciones sociales a través de que existe una convencionalidad de símbolos y lenguaje de manera polisémica que va cambiando dependiendo del contexto en el que se van creando; pero que adoptan el mismo sentido mientras se comparta el mismo lenguaje.

En resumen se puede decir que los “significados consisten en la construcción social de ideas, símbolos e imágenes colectivas resultantes de la interacción con otros y de la experiencia vivida en torno a la conducta del consumo y/o de la intención” (Luís, Villar & Ramírez, 2008, págs. 693-698).

Estos significados tienden a considerar el pensamiento del ser humano dentro de un contexto que depende de la construcción de un sistema que apuntan

a adoptar una postura dentro de la sociedad para seguir pautas o reglas que les permitan la convivencia y la relación con otros que sean parte del mismo entorno donde los significados se encuentran establecidos o condicionados.

2.2 La construcción de los significados como parte de la realidad social

Para abordar los significados, recurriremos a la construcción social de la realidad, un término del campo del estudio de la sociología, para entender a la sociedad entorno a los procesos de aprender y conocer la realidad. He de enfatizar que partiremos de entender este último concepto que se atribuye principalmente a planteamientos propuestos por Berger y Luckmann (1971), autores que sostienen que la “realidad” o “realidades” son conocimientos que guían nuestra conducta, por lo que el conocimiento es esencialmente individual y particular” (Arriagada J., 2002, págs. 89-96).

Ahora bien, epistemológicamente este concepto “proviene del latín *“realitas”* y hace alusión a todo lo que efectivamente existe, a lo real; es decir, a todo lo que no forma parte de la imaginación o la fantasía y que tiene la propiedad de existir porque puede ser percibido por alguno de los sentidos o por la razón²⁶”.

Dentro de este orden de ideas es fundamental considerar que el ser humano es parte de una sociedad que comparte el mismo espacio donde se crea una colectividad, que estará en constante interrelación y comunicación a través de procesos culturales que en el día a día les permite construir una realidad mediante el uso de significados preestablecidos o de nuevos que van surgiendo a la par de la evolución de cada contexto.

A lo que Berger y Luckmann (1971), definen "realidad" como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos "hacerlos desaparecer") y definir el "conocimiento" como la, certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas”.

²⁶ Nota: Para Kant, en la crítica de la razón pura, lo real admite que existe como parte de dos formas para entenderse: “La *realitas* es o bien *phaenomenon* o *noumenon*. Todo lo que se presenta positivamente a nuestros sentidos se denomina *realitas phaenomenon*; y todo lo que positivamente se presenta a nuestro entendimiento es *realitas noumenon*.”

En si la realidad y el conocimiento, son elementos importantes que existen de manera objetiva en la vida cotidiana, que se van reafirmando mediante la subjetividad de la rutina sin ser cuestionados o reflexionados; lo que permite que la sociedad evolucione para entenderse y construirse. Por otra parte también podría decirse que dentro de la realidad construida por los sujeto puede existir una subrealidad interna (de el mismo), que se va formando de manera específica a través de los procesos sociales que se dan en su contexto. Sin embargo se puede decir, que la subrealidad no existe mientras esta no se externalice y se comparta mediante un sentido común y lógico que se construya en la sociedad.

También se puede decir que en la construcción social de la realidad, existe un código lingüístico que permite el intercambio de lenguaje y que como lo refieren Berger y Luckmann (1971) necesariamente son:

“Uno de los instrumentos fundamentales que colabora al proceso de objetivación de la realidad, es el lenguaje; la producción de signos, símbolos y códigos por parte del ser humano –que se expresa en el lenguaje– son abstraídos de la experiencia cotidiana y tienen el “poder” de volver a la vida cotidiana como elementos el también el sentido común de las personas “objetivamente” reales”. (*Ibidem*)

El uso del lenguaje permite una interacción social que facilita el conocimiento y la reproducción de la realidad, mediante la estipulación del tiempo y el espacio como elementos que también juegan un papel importante en la construcción social de la realidad, debido a que ésta es construida únicamente en ese tiempo y en ese espacio para identificarse con otros intersubjetivamente, teniendo en común valores y símbolos construidos socialmente, tipificando las normas de convivencia a través de las instituciones y estructuras sociales que servirán de base para adaptarse y poder convivir en la vida cotidiana; generando nuevos conocimientos y experiencias que permitan seguir reproduciendo los significados de la vida cotidiana para construir la realidad en nuevos tiempos y espacios.

De igual forma en lo anterior expuesto Berger y Luckmann,

“Postulan que la actividad del ser humano tiende a hacerse habitual y se va levantando como realidad objetiva mediante

la operación de mecanismos como el de la institucionalización y el de la legitimación; paralelamente y en forma inevitable se asocian a estos procesos una serie de complejos sistemas de conductas esperadas –en virtud de las tradiciones y convencionalismos– que van definiendo roles sociales en un todo organizado y plausible”.

Para poder decirse que la vida cotidiana forma parte de la realidad, es importante considerar que en ella se encuentra inmersa una dinámica social en la cual los sujetos desempeñan ciertos roles que sedan cara a cara, al intercambiar y coincidir en una misma realidad. Y que uno puede decidir si pertenece o se siente parte de esa realidad o de igual forma poder construir una nueva.

la realidad al ser generalizada y reconocida en la sociedad por los sujetos genera que esta se legitime e institucionalice para ser compartida; es decir la realidad se va tipificando en una sola, para la sociedad que la acepte reconozca verdadera; siempre y cuando se tenga una coherencia lógica que vaya acorde al contexto social, y a los roles que los sujetos han ido interiorizando a través de las vivencias y la acumulación de experiencias, cobrando así un sentido común, que pone en constante cambio a la sociedad.

Resumiendo se puede decir que la construcción social de la realidad, es un elemento clave para entender la actividad humana dentro de una sociedad, que está en constante cambio mediante el conocimiento y el uso del lenguaje; que se ha ido formando de una generación a otra a través de la interrelación y la sociabilización que se dan en la vida cotidiana. Siendo un mismo contexto de entre los sujetos mediante el uso del lenguaje y símbolos que adquieren significados para congeniar en esa realidad o para rechazarla y construir otra.

Una realidad que le permita formar parte de la estructura social donde existen roles establecidos de significados que median la realidad, a través de ser coherente con la rutina del día a día que marca o impone la misma sociedad, y que genera que exista una construcción social de la realidad.

En cuanto al consumo de alcohol y el alcoholismo, la relación de los significados que se gestan conlleva a considerar tanto las relaciones sociales que se forman a través de compartir un significado en común, derivado de vivencias dentro de un mismo contexto, edad, grupo social, y como referente de cuestiones simbólicas preestablecidas; que se van construyendo socialmente.

Dependiendo de las cuestiones ideológicas, culturales y sociales que están en construcción por experiencias o que se naturalizan siguiendo una misma pauta de construcción y práctica social de manera dinámica. Sin embargo existen prácticas que se naturalizan sin cuestionarse para mantener el orden social a través de las instituciones y de la conciencia colectiva que establece las características que congenian para pertenecer a algo y no ser excluida o relegada de la misma sociedad.

En ese sentido Émile Durkheim (2001). Considera que para estudiar a la sociedad y los fenómenos que surgen, primero hay que entenderse cómo hechos sociales²⁷ de manera colectiva y no individual, debido a que los sujetos forman parte de una sociedad en donde se producen y en ocasiones de manera coercitiva; no precisamente por la fuerza o la justicia, sino por las cuestiones morales que ejercen presión en los individuos, ya sea por las instituciones o las leyes.

En ese sentido el consumo de alcohol y el alcoholismo en los estudiantes universitarios, podría entenderse como un fenómeno social y su estudio no debe de considerarse específicamente como un hecho social individual, sino de manera colectiva en donde expresan su manera de pensar, de sentir; ya que existe de manera externa a los estudiantes.

²⁷ Un "hecho social se reconoce gracias al poder de coacción exterior que ejerce o que es susceptible de ejercer sobre los individuos; y la presencia de dicho poder es reconocida a su vez, bien por la existencia de alguna sanción determinada, o bien por la resistencia que le lleva a oponerse a toda empresa individual que tienda a violentarlo".

2.3 Significados del consumo de alcohol y alcoholismo en estudiantes universitarios

Actualmente las cuestiones ideológicas, políticas y sociales consideran que el cambio de un país y una sociedad culturalmente hablando, está enfocado hacia los niños, por encontrarse en una etapa donde se aprende y se da un nuevo significado; además de que se pueden crear nuevos contextos en pro de la dignidad humana; sin embargo en el proceso de formación del ser humano en su ciclo de vida, hay una etapa intermedia que tiene que ver con la juventud.

Y que según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE); “juventud” proviene del latín (*iuventus, -ūtis*). Haciendo referencia a la edad que se sitúa entre la infancia y la edad adulta. Y que para disciplinas como la psicología tienden a considerar como un periodo en donde el ser humano logra consolidar sus pensamientos, juicios y la toma de decisiones a través de juicios reforzados por la conciencia y la razón.

De modo que los estudiantes universitarios por las características mencionadas, se puede decir que se encuentran en la etapa de la juventud, donde la forma de pensar y actuar repercute en la toma de decisiones de su vida y por ende de la misma sociedad a la cual pertenecen.

Debido a que los universitarios son un grupo importante en la dinámica social, por lo que se han realizado estudios que contemplan el consumo de alcohol en universitarios y las problemáticas que se generan de este, encontrándose un mayor resultado en estudios de corte epidemiológico, enfocado a prevalencias en su consumo, dependencia, vulnerabilidad por sexo e índices de mortalidad derivados de accidentes con relación a su consumo; y de “[...] factores sociales relacionados con el uso y el consumo de alcohol”. (Guimaraes, 1987).

Sin embargo en relación a los significados que los estudiantes universitarios tienen sobre el consumo de alcohol, según Guimaraes (1987), estudios realizados en cuatro facultades de la (UNAM), se “observó que al llegar a la universidad los estudiantes ya conocen el alcohol, sobre todo por sus experiencias en la

preparatoria. Esto significa que los hombres beben desde jóvenes sobretodo cerveza, mientras que las mujeres parecen empezar a beber posteriormente”.

En las investigaciones los universitarios referían que bebían principalmente para estrechar la amistad, en segundo lugar para ser aceptados por su grupo, es decir, por motivos sociales. A demás de consideran que “la gente se embriaga por motivos amorosos, sentimentales, morales, familiares y para ser aceptados socialmente; sin tener la percepción del riesgo o la intoxicación²⁸”.

Cabe considerar que en otros estudios realizados a estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana (Puig Nolasco, 2011). Refieren que:

“En cuanto a los motivos por el cual los estudiantes consumen drogas y bebidas alcohólicas en altas cantidades son: tener tiempo libre y sentimientos como aburrimiento, tener amigos o haber cometido actos antisociales. Respecto a la familia, manifiestan cumplir menos con las normas parentales y muestran menor interés en hacerlo. Así, un porcentaje más elevado informó que sus padres han: peleado con frecuencia, pedido ayuda por esa razón o intentado separarse”.

De igual forma también en universidades privadas se visualiza la misma inquietud por esta problemática, por lo que de manera particular han recurrido a realizar estudios en cuestiones de uso de drogas y alcohol. De primera instancia para tener una comparación de universidades y una evaluación interna que les permita tener estrategias en materia preventiva; basándose en indicadores nacionales y en instrumentos que sean unificarles en la Universidad Iberoamericana de Puebla con una universidad de la Ciudad de México (Intercontinental).

Debido a que “se sabe que el consumo de drogas y alcohol entre los estudiantes universitarios es considerablemente alto en relación con otros estratos poblacionales (Castro, Llanes y Macías, 2002).

Adicionalmente que dicho consumo se asocia a un bajo rendimiento académico, depresión y suicidio”. Encontrándose una mayor semejanza en ambas

²⁸ *Op cit.*

universidades manteniéndose el consumo y la periodicidad. Destacando la cerveza como una bebida de mayor consumo y preferencia (Pulido, M., Tovilla, A., Lanzagorta, N., Espinosa, V., Mendivil, C., Calvo, I. y García, G., 2011).

Por otra parte explorando en otras universidades de distintas nacionalidades, sobre estudios realizados en entorno a los significados que tienen los estudiantes universitarios en cuestiones del consumo de alcohol y alcoholismo, radica en el tipo de comunidad o el estudio. Ya que en una comunidad rural no hay mayor información relevante hacia los significados; pero en cuanto a la relevancia en las cuestiones geográficas en una comunidad de Colombia [...] existe mayor ingesta en las zonas urbanas que en las rurales, el estudio denominado “Análisis de Situación de Salud en Colombia (ASIS, 2002-2007)” demostró que aunque el consumo es de mayor riesgo y perjudicial en cabeceras municipales y centros poblados, el riesgo de dependencia alcohólica es levemente mayor en las zonas rurales.

Para finalizar se puede decir que con base a los estudios referidos, los significados que tienen los estudiantes universitarios radica en cada contexto en los cuales se crean, depende del grupo social al cual pertenecen y con el cual se interrelaciona; para ir reproduciendo los significados, además de que en ellos influye el país, la región o comunidad a la cual pertenecen, independientemente de la institución a la cual pertenezcan. Ya que actualmente el significado que se reproduce consiste en sociabilizar.

Capítulo III

El consumo de alcohol y el alcoholismo desde los planteamientos de cada una de las conferencias de promoción de la salud

3.1 Antecedentes históricos de la promoción de la salud

Dentro de las civilizaciones clásicas como la Romana, la Grecia y Egipto. Se puede decir que realizaban prácticas encaminadas a procurar y mantener la salud personal y de sus entornos; sin embargo a sus acciones no se le llamaba o atribuía el término de promoción de la salud. Si no es hasta que en los años cuarenta el historiador médico alemán Henry E. Sigerist (1945); fue el primero en usar el término de “Promoción de la Salud” dentro de sus escritos que hacían referencia a los cuatro ejes para contribuir a los quehaceres de la medicina, haciendo énfasis en que “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación²⁹”(S.S y P S, 2018).

Así mismo para contextualizar sobre la promoción de la salud; este término se da institucionalmente a mediados del siglo XIX, a partir de que surgen inquietudes en torno a la salud personal y poblacional; entre organismos internacionales como la OMS/OPS, UNICEF, ONU. Dando como resultado reuniones con nuevos enfoques y estrategias entorno a la salud. Y es partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, Rusia (1978), donde se plantean las bases para impulsar el desarrollo económico y social mediante la atención primaria en salud³⁰, como un medio para “alcanzar en el año 2000 un nivel aceptable de salud para toda la humanidad” (Alma-Ata,

²⁹La constitución del sujeto, como proceso de socialización, se lleva a cabo dentro de la tensión que se produce, entre las necesidades de la integración a la vida social y los requerimientos del desarrollo individual.

³⁰De acuerdo con la conferencia de Alma-Ata de 1978. “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación

1978). Que les permita mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial, además de impulsar a los gobiernos a tomar acciones en conjunto con la participación individual y colectiva de los pueblos. Donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirma y reconoce de manera oficial que la salud es:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” (OMS, 1984).

Este mismo precepto se ha mantenido presente junto a la atención primaria desde la 1ra. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa en 1986, hasta la más reciente (9ª) celebrada en Shanghái (China, 2016). En donde se han podido observar los avances que se han tenido en cada una de las conferencias, además de que se hace un llamado a los organismos internacionales para fortalecer las alianzas en materia de salud. Por lo que son importantes de abordar para tener un análisis más amplio sobre el impacto de la temática en torno al consumo de alcohol y alcoholismo desde un abordaje de la promoción de la salud; partiendo de:

- La 1era conferencia de Promoción de la Salud en Ottawa (1986), que dio como producto “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” la cual consiste³¹ en:

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.” (Ottawa, 1986).

³¹ (Traducida al español) “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o hacer frente al entorno. La salud es, por lo tanto, vista como un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es solo responsabilidad del sector de la salud, sino que va más allá de los estilos de vida saludables hacia el bienestar” (Ottawa, 1986).

A demás de que esta menciona como requisitos para la salud; paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable. Al igual de reducir la desigualdad y establecer cinco áreas de acción para la promoción de la salud a través de:

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear ambientes que favorezcan la salud.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Reorientar los servicios de salud.

A pesar de que en la conferencia se establecen políticas públicas para tener una mejor condición de salud. En materia de consumo de alcohol y alcoholismo explícitamente no se toma como parte temática de la conferencia, sin embargo pone las bases para que a través del trabajo en conjunto de gobiernos, sectores sanitarios, sociales y comunidades elaboren políticas públicas que vayan encaminadas a la salud. Así como de comprometerse en abogar en pro de la salud y crear estrategias y programas dirigidos a la promoción de la salud y lograr su meta “Salud para todos para el año 2000”.

- La 2da Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Adelaida-Australia (1988).

En ella se retoma el espíritu de Alma-Ata y las bases de Ottawa para la creación de políticas públicas teniendo esta última mayor peso para la creación de entornos propicios que faciliten una vida más sana, para la salud, la equidad, el acceso y desarrollo en salud, sobretodo se resalta que la salud es un derecho humano fundamental indispensable para una vida digna. Al igual la conferencia hace mención sobre la responsabilidad de los gobiernos para fijar metas explícitas de salud, en la que hagan hincapié en la promoción de la salud; ya que la salud y su atención requiere de un enfoque más integrado y no solo de la atención primaria de la salud.

A demás de promover y distribuir la información y la práctica de promoción de la salud a un nivel global; apoyándose de la acción comunitaria para fomentar las

políticas públicas en salud, mismas que por recomendación de la conferencia deberán ser evaluadas para medir su impacto a través de un sistema de información y del apoyo sectores tanto públicos como privados, empresariales e institucionales, en materia de salud. La Conferencia identifica cuatro áreas clave como prioridades de acción inmediata para la elaboración de políticas en favor de la salud entre ellas:

- Apoyo a mujeres y temas relacionados con ellas.
- La nutrición y alimentación tanto de producción y distribución.
- Tabaco y alcohol.
- Creación de entornos propicios con un desarrollo sostenible.

Es importante mencionar que por primera vez en una conferencia internacional de Promoción de la Salud abordan dentro de uno de sus ejes de acción la temática del tabaco y alcohol para la elaboración urgente de acciones en políticas públicas que intervengan en esta problemática; ya que la conferencia considera estos como dos de los principales riesgos para la salud, tanto física como mental, que deja un alto índice de pérdidas de vidas. Resaltando que la producción y comercialización del tabaco y el alcohol como actividades sumamente lucrativas especialmente para los gobiernos por conducto de las recaudaciones de impuestos. Por lo que precisa en poner especial atención para establecer metas nacionales para reducir significativamente el cultivo del tabaco y la producción, comercialización y el consumo de alcohol en el año 2000.

- 3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Sundsvall, Suecia (1991)

La tercera conferencia continua con las estrategias propuestas por la Carta de Ottawa; por lo que pone especial énfasis en establecer acciones y medidas para la creación de entornos propicios para la salud, haciendo un llamado a la acción principalmente a los diferentes niveles de gobierno que participan en la elaboración de las políticas públicas y a todos aquellos que se dedican a defender

la salud, el medio ambiente y la justicia social, para que en conjunto se forje una alianza y se alcance el objetivo de salud para todos.

Sobre todo que la conferencia prioriza en que un entorno saludable no solo consiste en el entorno físico que rodea a las poblaciones; sino que considera las múltiples dimensiones sociales, espirituales, económicas y políticas que en conjunto determinan las viabilidades para propiciar acciones en torno a la creación de un medio ambiente saludable. Tomando en cuenta para su acción dos principios fundamentales, la equidad y la acción pública, para tomar en cuenta las necesidades de las poblaciones y la administración y distribución adecuada de los recursos. A demás de reforzar la acción social que permita a la gente desarrollar sus capacidades y su responsabilidad personal.

En específico en la conferencia de Sundsvall sobre la creación de entornos propicios para la salud, no menciona la temática sobre el consumo de alcohol y alcoholismo, ni de como este impacta a la salud o al entorno de cada una de las dimensiones (social, espiritual, política, y económica); sin embargo se puede decir que la conferencia hace una invitación a la comunidad internacional a elaborar nuevos mecanismos de responsabilidad sanitaria y ecológica a través de la realización de estudios que midan el impacto, especialmente en la comercialización y el intercambio de sustancias consideradas productos nocivos para la salud y el medio ambiente. Aunando en esto del medio ambiente si consideráramos que el alcohol como sustancia nociva conlleva a que su consumo en exceso sea considerada como un factor de riesgo para un entorno en pro de la salud.

- 4 Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Yakarta, República de Indonesia (1997).

La conferencia de Yakarta reconoce ante todo que la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Por lo que contempla la incorporación de nuevos actores para crear una nueva era de promoción de la salud, en donde se pueda capacitar a la gente con la finalidad de mejorar las expectativas de vida y se pueda ejercer un mayor control de su salud,

para poder mejorarla a través de conocer y modificarlos los factores determinantes de la salud. Puesto que se ha comprobado la viabilidad de las acciones de promoción de la salud logrando una mayor equidad y sobre todo la participación social.

En la conferencia se establecen que es necesario generar nuevas acciones por lo que se mencionan las prioridades de promoción de la salud para el siglo XXI, a través de promover la responsabilidad social por la salud, aumentar la inversión de la salud, consolidar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, y de consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Además de hacer un llamamiento a la acción para acelerar el progreso hacia la promoción de la salud del siglo XXI.

En cuanto al consumo de alcohol y el alcoholismo se puede decir que literalmente en la conferencia no se hace referencia como tal a la temática; sin embargo se consideran nuevos desafíos a tomar en cuenta dentro de los factores determinantes de la salud, como es la propagación del abuso de drogas, como una amenaza para la salud y centenas de millones de personas.

➤ 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; México, D.F. (2000).

Durante la quinta conferencia de promoción de la salud se hace un reconocimiento a los logros alcanzados ya que la salud es un valioso recurso para el disfrute de la vida, se hace mención al registro sobre las mejorías sanitarias y el progreso en la prestación de servicios de salud de los países participantes en las conferencias; buscando enfatizar una mayor equidad y de una mejora de salud para todos. Se apoyará en la preparación de planes de acción de promoción de la salud fortaleciendo redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

A demás de situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales; determinados a raíz del trabajo abordado durante seis mesas temáticas que abordaban las prioridades para acción de la promoción de la salud, como lo son:

- Empleo de pruebas científicas como fundamento de la promoción de la salud.
- Mayores inversiones en favor de la salud.
- Promoción de la responsabilidad social en materia de salud.
- Fortalecimiento de la capacidad de las comunidades y empoderamiento del individuo.
- Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
- Reorientación de los sistemas y servicios de salud usando criterios de promoción de la salud.

Si bien las acciones y estrategias de promoción de la salud han demostrado que son eficaces ante los programas y políticas en salud durante la quinta conferencia de promoción de la salud; en cuanto al consumo de alcohol y alcoholismo no se ha priorizado como parte temática de esta conferencia.

- 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Bangkok, Tailandia (2005)

Durante la sexta conferencia de promoción de la salud se puede decir que existe un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, salud, y desarrollo humano y económico. Se enfoca a la temática sobre los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria, con el objetivo de reducir las desigualdades en materia de salud a través de generar una mayor participación y mejorar la salud de un mundo globalizado.

Se confirma la necesidad de centrar la atención en la promoción de la salud para abordar los determinantes de la salud, estos entendidos por la OMS como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Así como identificar las principales medidas requeridas través de cuatro compromisos clave que consisten en hacer de la promoción de la salud:

- Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
- Una responsabilidad esencial de todo el gobierno.

- Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil.
- Un requisito de las buenas prácticas empresariales.

La conferencia plantea qué para promover la salud debe de llevarse a cabo varias acciones entre organismos y comunidades, así como personas interesadas en la salud mundial. Es importante destacar que la conferencia de Bangkok no encamina ninguna de sus acciones ni considera como parte esencial de los determinantes de la salud, en relación a la temática del consumo de alcohol y alcoholismo. Sin embargo sí reconoce una pronta acción hacia las enfermedades no transmisibles y buenas prácticas hacia la alimentación y bebidas no alcohólicas.

- 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; Nairobi, Kenia (2009)

La conferencia principalmente hace un llamado a la acción con urgencia para cerrar la brecha y explotar el potencial de la promoción de la salud, así como de trabajar sobre estrategias clave para cumplir con los objetivos de mejorar la salud. Mediante la capacitación en promoción de la salud, en el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como las alianzas y acción intersectorial, el empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud; además de crear sociedades más justas que permitan a las personas llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando su control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar.

La conferencia retoma estrategias importantes y crea alianzas importantes dentro del llamado a la acción, sin embargo el consumo de alcohol y alcoholismo no es considerado tema específico en el desarrollo del milenio.

- 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; Helsinki, Finlandia (2013)

La conferencia define estrategias de Promoción de la Salud teniendo como temática poner la salud en todas las políticas y de ¿cómo? hacerlas, analizando las experiencias y las barreras para su implementación en los gobiernos, sector

privado, académicos de instituciones educativas y sociedad civil. Precisando que las estrategias reduzcan el riesgo de enfermedades crónico degenerativas y eleven el bienestar de los seres humanos como parte de una agenda de salud que está por encima de los intereses de la ciencia y política.

Esta conferencia pone punto de partida para contemplar las problemáticas de salud no solo del sector de la salud pública, sino de la elaboración de políticas públicas, que como bien dice la Dra. Margaret Chan: “La globalización de estilos de vida no saludables” rebasan los problemas de salud y el aumento de enfermedades no transmisibles. Como ejemplo de ello son consumo de alcohol y alcoholismo al considerárseles parte de enfermedades no transmisibles; y uno de los retos de la promoción de la salud debido a que: “Ya no son solamente los grandes del tabaco. La salud pública debe enfrentarse también a los grandes de los alimentos, a los grandes de las bebidas gaseosas, y a los grandes del alcohol³²”.

➤ 9a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghái 2016

La conferencia considera que la "Salud para todos y todos para la salud" eje que abordar para cumplir el reto de poner sobre la agenda de las políticas públicas para el 2030 la Promoción de la Salud, con el objetivo de llevar a cabo el desarrollo sostenible (ODS), debido a que existe un estrecho vínculo entre este y la salud al dar resultados que permiten capacitar a las personas, comunidades y sociedades para que se hagan cargo de su propia salud y calidad de vida. Sobre todo de establecer como el gran potencial que tiene la promoción de la salud de contribuir a crear ciudades más saludables.

Dentro de esta conferencia la temática del consumo de alcohol y alcoholismo no es considerado como tal, sin embargo se considera que la creación del desarrollo sostenible contribuirá a la salud. En ese mismo sentido se podría decir que las diferentes conferencias de Promoción de la Salud han servido

³²Discurso inaugural en la 8ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud en Helsinki, Finlandia, 10 de junio de 2013 consultado en línea: https://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/

de base para que se diseñen e implementen políticas públicas, encaminadas a programas, conferencias, foros, que responden a estrategias y acciones para mejorar la salud mundial, mediante el trabajo individual y/o colectivo; público o privado que en materia del consumo de alcohol y alcoholismo contribuyan a crear mecanismos donde su consumo y uso se pueda reducir, prohibir, regular y disminuir dependiendo de cada contexto y cada nación, como los siguientes antecedentes:

- Junio de 2003 en Antigua, Guatemala en el VI Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: La Prevención del Alcoholismo en el Contexto de las ONGs de la RIOD. Los miembros participantes del Seminario firmaron lo que se llamó la “Declaración de Antigua” sobre prevención del abuso de alcohol en Iberoamérica, instando a los gobiernos, organizaciones internacionales e instituciones de las Naciones Unidas a redoblar esfuerzos para controlar el consumo de alcohol en la Región.
- Primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol, realizada en Brasilia, Brasil, del 28 al 30 de noviembre de 2005. La conferencia fue organizada por el gobierno Brasileño, con el apoyo de la OPS, y contó con 110 participantes de 26 países, incluyendo científicos, funcionarios de salud pública, representantes de ONGs y de la sociedad civil en general. Los participantes aprobaron por consenso la Declaración de Brasilia, que recomienda que el alcohol sea considerado una prioridad de salud pública en la Región e iniciar actividades a nivel regional y nacional para aplicar políticas efectivas.
- En mayo de 2005, la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) 58.26 de la Organización Mundial de la Salud, instó a los Estados Miembros a desarrollar, implementar y evaluar estrategias y programas efectivos para reducir las consecuencias negativas sociales y de salud del uso perjudicial de alcohol, solicitando al Director General redoblar esfuerzos para disminuir el consumo perjudicial de la sustancia. Esta acción global puede potenciar una actividad regional dirigida a la reducción de ese tipo de consumo.
- En el cuarto congreso Healing Our Spirit Worldwide (Sanando Nuestro Espíritu en Todo el Mundo), realizado del 2 al 6 de septiembre de 2002, se reunieron pueblos indígenas de América del Norte, Central y del Sur, Australia y Nueva Zelanda, para desarrollar y distribuir un acuerdo que estipula las declaraciones, consideraciones y compromisos para combatir el abuso de alcohol y sustancias en sus comunidades mediante la prevención, tratamiento y rehabilitación de los individuos, sus familias y comunidades, en lo que se refiere a problemas relacionados con alcohol.

- En 2004, la unidad de Alcohol y Toxicomanías de la OPS, mediante una beca de IKM, patrocinó un estudio multicéntrico sobre alcohol, género, cultura y daños, que apunta a comparar datos de diez países en la Región (Argentina, Brasil, Belice, Canadá, Costa Rica, México, Nicaragua, Perú, Estados Unidos y Uruguay), recabando información comparable, de encuestas de población adulta general, sobre consumo de alcohol y problemas asociados. El reporte final será publicado a fines de 2007, en tanto que ya se está realizando la difusión de hallazgos a nivel de las naciones.
- Desde 2004, la unidad publicó y difundió varios documentos claves relacionados con el alcohol: La Guía Internacional para el Monitoreo del Consumo de Alcohol y sus Efectos Adversos (en inglés y español); ¿Qué es lo que usted necesita saber acerca de la política del alcohol (en inglés, español y portugués); Manual del Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT) e Intervenciones Breves para Problemas de Alcohol (español), Alcohol y la Salud de los Pueblos Indígenas (2006); y produjo dos anuncios.
- En 2005, Perspectivas en Salud publicó un artículo sobre el impacto del alcohol en la Región (“The problema with drinking” volumen 10, número 1, 2005), dando una descripción general del impacto del sobre-consumo en la salud, alertando que el impacto del alcohol sobre la salud pública va más allá de la dependencia. Durante el mismo año, un número especial del Pan American Journal of Public Health (volumen 18 número 4-5), dedicado a la salud mental, incluyó dos artículos sobre alcohol: uno con un análisis regional de la carga asociada con el consumo de alcohol, “Alcohol consumption and burden of disease of the Americas: implications for alcohol policy” (Rehm y Monteiro, 2005), y otro acerca de políticas sobre alcohol “Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges” (Babor y Caetano 2005).
- En 2006, la unidad de Alcohol y Toxicomanías de la OPS apoyó la Red Salud (<http://comunit.com/la/redsald/>), una red de más de 700 periodistas y editores latinoamericanos, que apuntó a mejorar la comunicación de la salud relacionada con cuestiones de alcohol en los medios. Hubo un periodo dedicado a la discusión del alcohol desde una perspectiva de salud pública y, al final del año, se otorgó un premio para las mejores obras sobre el tema a periodistas de México, Uruguay y Colombia (II Premio Iberoamericano de Periodismo en Salud). La unidad también apoyó una La Organización Mundial de la Salud recomienda restringir la publicidad de alcohol y los patrocinios de las compañías productoras y algunos países tienen prohibiciones sobre ciertos medios y para ciertas bebidas.
- Declaración sobre jóvenes y alcohol conferencia ministerial sobre jóvenes y alcohol Estocolmo, febrero de 2001 EUR/00/5020274/6

Así como la carta europea sobre alcohol, adoptada por los estados miembros en 1995, establece los principios éticos y las metas para promover y proteger la salud y el bienestar de la población de la región europea. Esta Declaración quiere proteger a los niños y jóvenes de las presiones para que no beban, entre otras cosas reducir el daño que directa o indirectamente les produce el alcohol. La declaración reafirma los cinco principios éticos de la carta europea sobre alcohol.

Ahora bien en México en materia de políticas públicas ante la problemática del consumo de alcohol y alcoholismo parte de garantizar la supremacía constitucional dentro de su artículo 4° constitucional establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” garantizando la atención a la salud; y en cuanto al consumo de alcohol y alcoholismo se han creado políticas en salud que responde a partir de la elaborando el Programa Nacional contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, (SSA, 1986). Además reorientar los servicios de salud al reglamentar y crear institutos como el Consejo Nacional Antialcohólico, lo que hoy se le conoce como Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

Que trabajan en conjunto con el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud. Y quienes tienen la encomienda de apoyar en la prevención promoción y evaluación de los Programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia (SSa, 2001).

En las conferencias internacionales de la OMS celebradas en Adelaida, Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997), abordan estrategias entorno a la creación de políticas públicas en salud, orientadas a encaminar a los gobiernos hacia el desarrollo en salud y el lograr de una vida digna en la población. Haciendo hincapié en la promoción de la salud con un enfoque más integrado.

Ante esto México responde instaurando políticas públicas favorables a la salud promoviendo la colaboración de alianzas en materia de paz, derechos humanos y justicia social, ecología y desarrollo sostenible. A demás de implementar acciones de acuerdo a los resultados obtenidos de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en (ENA), 1988, 1993 y 1998. Se han

diseñado programas preventivos que apoyan en la disminución del consumo de la población y prevención.

Al igual que establecer el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios (DOF del 9 de agosto de 1999) donde se clasifica a las bebidas alcohólicas de acuerdo con su contenido de etanol, para un mayor control. Además de un control sanitario de la publicidad donde sujeta a la autorización de la SSA la publicidad sobre la calidad y características de diversos productos, así como la promoción de su uso, venta o consumo como se estipula en la Ley General de Salud en su Título Décimo tercero, Artículo 301 publicado en el Diario Oficial de la Federación en febrero de 1984 y reformada el 7 de mayo de 1997.

Todo lo anterior surgido en materia de creación de políticas públicas previo a alcanzar la meta establecida en Alma-Ata "Salud para todos, para el año 2000", en donde México tuvo la primicia de ser anfitrión de la 5ta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, y se realizó un análisis y reconocimiento de los logros alcanzados y ha mantenido su participación en las acciones en caminadas a la promoción de la salud.

3.2 Miradas de la Promoción de la salud

Si bien es cierto que a raíz de la declaración de Alma-Ata (URSS, 1978). Diversos organismos optaron por implementar estrategias desde la atención primaria de salud para sí, proteger y promover la salud. Exhortando a los gobiernos y pueblos en “alcanzar para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

Que sería retomado en 1986 por la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo en de Ottawa, y que posteriormente México encabezaría al ser la sede organizadora de 5ª conferencia de Promoción de la Salud planteando estrategias y programas para desarrollar el máximo nivel de salud y el compromiso de formar y capacitar capital humano e instituciones que llevaran a la acción las estrategias de promoción de la salud.

Y que en efecto México respondería a estas acciones al incluir dentro de sus universidades licenciaturas como Promoción y Educación para la salud impartida por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), y más específicamente en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), la primera licenciatura en América Latina en formar capital humano con un perfil adecuado a la práctica de la Promoción de la Salud; misma donde surgen inquietudes y diferentes posturas que hoy nos encamina a plantearnos la siguiente pregunta: ¿Cómo mirar la promoción de la salud?; si partimos de que la promoción de la salud es un paradigma nuevo en donde el principal objeto de estudio es la salud.

La UACM, al ser una institución autónoma diseña planes y programas de estudio para la licenciatura desde diferentes disciplinas, en donde la práctica del promotor de la salud sea profesional y este pueda incursionar, implementar y apropiarse del conocimiento que le permita tomar una postura y direccionar su práctica a través de una gama de metodologías de la investigación social y

científica que le sirvan de apoyo y/o se adecuen para abordar las problemáticas de salud desde diferentes miradas.

Desde la perspectiva que plantea la UACM, la Promoción de la Salud para su práctica y su enseñanza está en dos vertientes paradigmáticas que se construyen desde lo biológico y social. De este modo poder entender al otro que forma parte de su entorno condicionado por los conocimientos y saberes; formando una alteridad en la que se entiende una visión a través del otro.

Por consiguiente el paradigma biológico “[...] determina nuestra percepción del mundo: nos relaciona con la realidad a partir de las posibilidades biológicas que tenemos como especie.” Guzmán Pizarro L. Angulo A., (2016, pág. 68). Es a través del cuerpo que se forma parte de la realidad material para interactuar dentro de la sociedad y la cultura en sus distintas versiones, por lo que es indispensable conocer de él en cuanto a su anatomía y fisiología; de allí pues que este es la materia prima las ciencias biológicas y la medicina, y por ende el campo que mayores estudios sean realizados hacia tener una salud óptima; además de que su principal objeto de estudio se enfoca a conocer los padecimientos y enfermedades.

De los cuales se han diseñado modelos para su estudio y abordaje, orientados principalmente a la prevención, tratamiento y rehabilitación; realizando estudios epidemiológicos, análisis de la causa –efecto y/o factores de riesgo que los originan; ejemplo de ello son estilos y/o modos de vida, los tratamientos clínicos y farmacológicos más apegados al modelo médico hegemónico (MMH), que propone Eduardo Menéndez (1991), que sirven para legitimar y predominar en la actualidad, con ciertas características como son: biologismo, ahistoricidad, asocialidad, salud/enfermedad como mercancía, relación asimétrica médico/paciente, paciente como responsable de su enfermedad, no legitimación científica de otras prácticas, tendencia a la medicalización de problemas.

Por otra parte dentro del campo disciplinario de la Promoción de la Salud surge el paradigma social como respuesta a mirar los problemas de salud desde una perspectiva crítica que cuestiona el actuar de la ciencia y la medicina, puesto

que la salud se sigue viendo afectada pese a su intervención hegemónica. Desde la perspectiva social se intenta aproximarse a la realidad teniendo por objeto de estudio un proceso que interrelaciona tanto la salud como la enfermedad y no su individualidad para su estudio.

Ahora bien el proceso salud enfermedad no solo cuestiona la ciencia, el gremio médico y el abordaje individual de las causas, sino las desigualdades de la población a partir de entender los determinantes sociales de la salud. Como refiere Mendoza R. (2006). “Los elementos que determinan la salud y la enfermedad de los grupos humanos son producidos en condiciones generadas en el modo en que estos grupos producen y reproducen sus condiciones de vida, [...]”

El modelo responde a no mirar el problema de salud y/o enfermedad desde lo individual de los sujetos, sino que toma en cuenta los grupos y colectivos, las cuestiones políticas y económicas que influyen para tener una adecuada salud en las cuales el tiempo y lugar forman un modelo histórico social desde la promoción de la salud, que nos ayuda a mirar el problema a partir de un momento determinado, para dar un campo más amplio y entender el proceso salud-enfermedad.

El tomar en cuenta los determinantes sociales se da una explicación crítica, en donde no solo surgen los problemas de salud individuales sino se toma en cuenta la voz de los problemas de salud de una comunidad, para entender no solo al cuerpo, sino su entorno, su trabajo, su contexto social y cultural al cual pertenecen; así como el impacto que tienen las políticas y formas de gobierno en la población y por ende sus problemas de salud que va desde el padecimiento al organismo biológico como en su proceso salud- enfermedad.

Por otra parte el paradigma social también contribuye a entender la salud a través del modelo emancipador que aborda el trabajo desde lo individual y colectivo para entender su proceso histórico y así poder direccionar su objeto de estudio trabajar la salud principalmente como lo denominaría Ma. Consuelo Chápela (2007). Dicho de otro modo el modelo emancipador refiere a conocer las capacidades humanas que contribuye a que las personas y los colectivos puedan

empoderarse y apropiarse de su cuerpo y su salud; tomar en conciencia lo que es su salud.

A manera de resumen dese la formación de la autora de esta tesis podemos decir que la Promoción de la Salud en la UACM, en específico plantel San Lorenzo Tezonco, durante la licenciatura la Promoción de la Salud que se enseña es:

- Estilo/ modo de vida: Es una de las formas de hacer promoción de la salud a través de considerar al sujeto como único causante de su salud y por ende el responsable de su enfermedad, se apoya de disciplinas del orden biomédico apegadas a la nutrición, medicina y a los cuidados de su persona; además de que la salud que plantea se enfoca a realizar actividad física y elaboración de dietas, esta promoción se aborda de manera individual.
- Medicalización: Es un modelo que se plantea desde una práctica clínica y medica con una perspectiva dominante que se apega a la farmacología, en el cual la salud se basa en tratamientos médicos a base de medicamentos, el contaste de este modelo es el conservar la salud a través de atender los padecimientos y enfermedades, las observaciones que se realizan a este modelo es que el medico es el único poseedor del saber del paciente y su cuerpo.
- Modelo epidemiológico: Es una forma de realizar promoción de la salud, a través de realizar investigaciones científicas que abordan las causas y efectos de las enfermedades en ciertas regiones o un grupo de población que presenten las mismas características o padecimientos, mismos que para su tratamiento tienden a ser controlados o aislados siguiendo las pautas de vectores o agentes que causan la enfermedad, promueve las acciones de
- Modelo Socio-Histórico: como refiere Asa Cristina Laurell (1981), este modelo surge como una alternativa de atender la salud por lo que hace una crítica. De ver y atender solo el estado biológico, sino que contempla la

dimensión histórica y social de los sujetos, apoyándose del materialismo histórico de Marx; la salud se aborda desde un proceso salud-enfermedad, en donde aborda los determinantes sociales, modos de producción y estructuras políticas y sociales en donde se ven inmersos los individuos y colectivos.

- Enmancipatorio/Empoderante: Este modelo se emplea como estrategia de promoción de la salud para abordar los problemas de salud tanto individual como colectiva, Chapela MC (2007). Considera que a través de la reflexión y concientización se desarrollan las capacidades de los sujetos para ejercer su salud y tomar decisiones adecuadas sobre su cuerpo a partir de tener los conocimientos.

Para concluir se puede decir que la salud es el objetivo de algunas de las miradas de Promoción de la Salud, sin embargo su campo de estudio o abordaje son la enfermedades; a lo que la el campo que aborda la promoción de la salud es variado que puede aportar hacia las problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol y alcoholismo, solo depende del objeto de estudio que se pretende abordar; tomando en cuenta que un promotor de la salud es un facilitador del proceso y no puesto que su formación es multidisciplinaria.

Capítulo IV

Marco referencial

4.1 Alcaldía Iztapalapa

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)³³, la Ciudad de México (CDMX)³⁴ durante el 2015, ocupó el segundo lugar a nivel mundial con 8 918 653 habitantes, distribuidos en 16 alcaldías. De la cual la alcaldía Iztapalapa forma parte con 1 827 868 habitantes, actualmente su extensión territorial es de 11,667 habitantes, que representan el 7.62 % del área total del Distrito Federal (Programa Delegacional de Desarrollo Urbano, 1997).

En cuanto a su ubicación geográfica Iztapalapa guarda colindancia, al Norte, con la Delegación de Iztacalco y el Municipio de Nezahualcóyotl, en el Estado de México; al Oriente, con los Municipios de La Paz y Valle de Chalco Solidaridad, en el Estado de México; al Sur, con las Delegaciones de Tláhuac y Xochimilco; al Poniente, con las Delegaciones de Coyoacán y Benito Juárez, como se muestra en el gráfico N° 6.

El nombre de Iztapalapa tiene diferentes interpretaciones, unas se debe a la antigua ciudad de Iztapalapa, fundada por los mexicas entre la falda norte del Cerro de la estrella y la ribera del Lago de Texcoco. Otras retoman los orígenes de su lengua proveniente del Náhuatl (Iztapalli-losas o lajas Atl-Agua y Pan-sobre) esto significa "El agua de las lajas", o "sobre las lajas", omitiendo la terminación de lugar, que es apan y pan, por lo que una mejor traducción sería: "en el agua o río de las lajas". Programa delegacional de desarrollo urbano para la delegación Iztapalapa (2008).

³³Nota: El censo de población y vivienda del 2010 reporta que la ciudad de México contaba con una población total de 8 851 080 habitantes de los cuales 4 233 783 hombre y 4 617 297 mujeres.

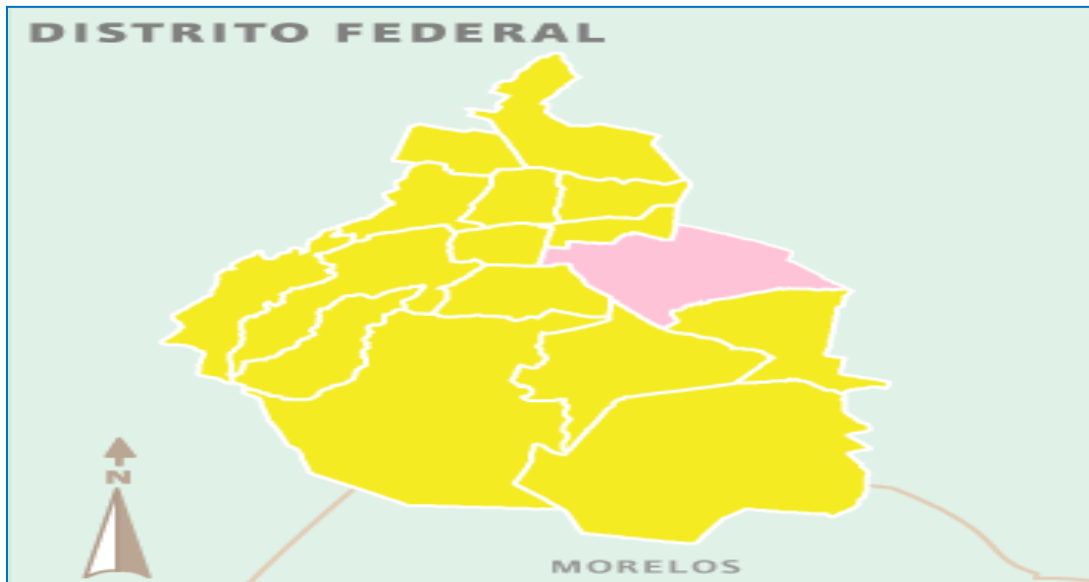
³⁴Nota: Anteriormente se le denominaba Distrito Federal (D, F). actualmente por reforma constitucional se convierte en una entidad federativa con autonomía, soberanía y constitución local con el nombre de Ciudad de México (CDMX).

Esta última es la que oficialmente se utiliza y recuerda la situación prehispánica del pueblo de Iztapalapa que se asentó mitad en tierra firme y mitad en el agua con el sistema de chinampas.

Grafico N°6. Delimitación y ubicación del área geográfica de Iztapalapa



Fuente: INEGI (2018), Iztapalapa, CDMX



Fuente: INEGI. Marco Geoestadístico Municipal versión

Para tener un panorama de las características de la población que habita en la alcaldía se retoman estudios realizados por los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2013) sobre la situación poblacional y contextual de la alcaldía de Iztapalapa que muestra los siguientes resultados.

- La tasa de Participación Económica (PE) total en la delegación Iztapalapa, es de 55.27% de la cual 71.52% son hombres y 40.32% en mujeres.
- En comparación con la PE del DF, el índice delegacional se nota menor en el porcentaje total comparado al del DF (56.75%) ligeramente mayor en hombres (DF=71.33%) y menor en mujeres (DF=43.76%); pero mayor al nacional en la PE total (52.63%), menor en el porcentaje de hombres (nacional=73.37%) y mayor en mujeres (nacional= 33.32%).
- En la delegación Iztapalapa los rangos de edad de la PE más productiva son de los 25 a 59 años de edad tanto en hombres como en mujeres.
- Cabe mencionar que hay una diferencia significativa entre la tasa de PE entre el rango de 15 a 19 años comparada con el de 19 a 25 años, ya que la tasa del segundo (55.86%) duplica a la del primero (22.95%), esto se explica por la integración paulatina y más formal del adolescente o adulto joven a la vida laboral en ambos sexos.
- En cuanto al nivel de ingresos, el 36.05% de la población de Iztapalapa, percibe no más de dos salarios mínimos, siendo la población de menor nivel de ingresos y mayor pobreza.

Estas consideraciones dentro de la alcaldía de Iztapalapa son importantes de abordar en la investigación debido a que la población de estudio pertenece a la alcaldía donde la oferta de empleo ofrecida internamente es baja por lo que más de la mitad de la población trabajadora se desplaza a la zona centro y norte de la zona metropolitana para satisfacer sus necesidades y conseguir empleo. En cuanto a la infraestructura y los servicios urbanos se encuentran menos desarrollados o son deficientes, particularmente en el caso de la distribución y abastecimiento del agua potable.

En contraste a las aseveraciones que reportan que en 2010, México se clasifica como país de alto desarrollo humano con un IDH³⁵ de 0.739. En el ámbito estatal el Distrito Federal cuenta con 0.831, mientras que el IDH Iztapalapa es de 0.841, colocando así la delegación en el lugar 36 durante el 2010. Tomando en cuenta que los registros que se tienen la alcaldía de Iztapalapa cuenta con 204 colonias y dentro de ellas 16 pueblos originarios, en los cuales actualmente habita sólo los 9% de la población total de la demarcación, dichos pueblos son:

- •Aculco.
- •Culhuacán.
- •Iztapalapa (8 Barrios).
- •Magdalena Atlazolpa.
- •San Andrés Tetepilco.
- •San Andrés Tomatlán.
- •San Juanico Nextipac.
- San Lorenzo Tezonco.
- San Marcos Mexicaltzingo.
- San Sebastián Tecoloxtitla.
- Santiago Acahualtepec.
- Santa Cruz Meyehualco.
- Santa María Aztahuacán.
- Santa María Tomatlán.
- Santa Martha Acatitla.
- San Lorenzo Xicotécatl.

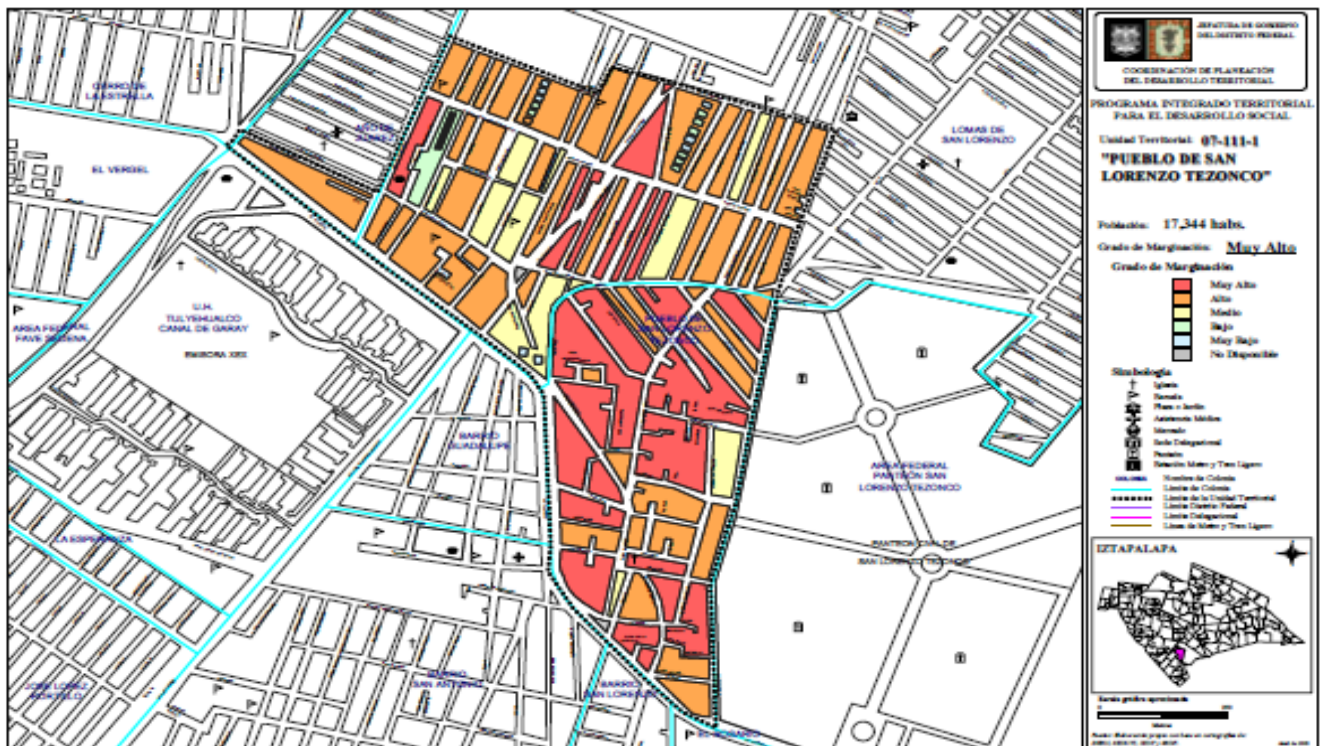
Los cuales son importantes por considerándose dentro de estos pueblos algunas zonas marginada e insegura situada en las faldas de la Sierra de Santa Catarina, Santa Catarina, y San Lorenzo Tezonco por mencionar algunos, en específico este último que se precisa a continuación.

³⁵ El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un coeficiente en el que se considera el acceso a la educación, la salud y el ingreso desarrollo humano que suponen la expresión de la libertad de las personas para vivir una vida prolongada, saludable y creativa.

4.2 San Lorenzo Tezonco (SLT)

Como se muestra en el Grafico N°7, San Lorenzo Tezonco es uno de los 16 pueblos originarios que aún conserva sus tradiciones. Desde 1970 se considera una localidad conurbada hacia el sur de Iztapalapa y al noreste del cerro Yuhualixqui o las Minas, que constituye el extremo occidental de la sierra de Santa Catarina. Hasta el siglo XIX contó con una zona de chinampas, pues se encontraba en la ribera norte del lago de Xochimilco de ahí su nombre que deriva de un topónimo compuesto. El hagonímico San Lorenzo se debe a San Lorenzo Mártir, patrono de la comunidad católica de la localidad. Tezonco es un topónimo³⁶ de origen náhuatl que se compone de tetzontli "tezontle" y co "lugar" por lo que se traduce como: En el lugar del tezontle (ALDFI, 2019).

Grafico N°7. Límite territorial del Pueblo de San Lorenzo Tezonco



Fuente: Jefatura de Gobierno del Distrito Federal Coordinación de planeación del desarrollo territorial, 2003.

³⁶ Del gr. τόπος τόπος 'lugar' y -ónimo, Nombre propio de lugar. DRAE (2020).

De acuerdo a los datos que se tienen del “Programa Integrado Territorial para el Desarrollo Social 2001-2003. Su población total en el 2000 estaba estimada por 17,344 habitantes; San Lorenzo Tezonco cuenta con importantes sitios que contribuye a la dinámica social de la vida cotidiana de la población y la sociedad, en lo que se refiere a la cultura, educación, salud, economía y religión; ya que cuenta con:

- Antigua troje de la Hacienda de San Nicolás Tolentino, que funcionó como crematorio del panteón de San Lorenzo hasta el año de 1994.
- Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Se localiza en la esquina de las avenidas Tláhuac y Zacatlán.
- La estación Tezonco de la Línea 12 del Metro de la Ciudad de México, inaugurada en octubre de 2012. Se ubica sobre avenida Tláhuac, entre calle Ignacio María Barrera y calle Polo Rodrigo, frente al Hospital Belisario Domínguez.
- Universidad Autónoma de la Ciudad de México campus San Lorenzo Tezonco.
- Tianguis de San Lorenzo. Mercado semifijo que se instala diariamente sobre la calle Candelabro, entre los barrios de San Lorenzo, Guadalupe y San Antonio.
- Panteón vecinal del pueblo de San Lorenzo Tezonco calle Zacatlán aportado por María del Carmen Ruiz Lujano.
- Tianguis de las Torres. Mercado sobre ruedas que se instala sábados y domingos sobre la Av. José Clemente Orozco (más conocida como Av. de las Torres), se extiende desde Av. Tláhuac hasta Canal de Chalco.
- Plaza Juárez. Constituye el centro del pueblo y se accede a ella por las calles San Lorenzo, Aldama, Porfirio Díaz, Libertad y Victoria.
- Templo de San Lorenzo Diácono y Mártir. Construida en el siglo XIX, la parroquia es uno de los edificios históricos de la localidad.

Es importante destacar que el Pueblo de San Lorenzo Tezonco aun preserva sus tradiciones y costumbre llevadas a cabo durante las fiestas patronales dedicadas al señor de la salud y las festividades de semana santa, por mencionar algunas; mismas que como hace referencia Marco Trejo (2017). Han fomentado la convivencia urbana [...], en donde estas siguen códigos socioculturales adquiridos implícitamente que llevan a identificar contextos y que cada contexto lo asocian con un repertorio de acciones aceptables, por lo que sus ideas estas en relación a la serie de hechos que viven en la sociedad.

4.3 Creación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)

A través de la lucha de movimientos sociales y la injusticia social por la expropiación de tierras arbitrariamente, el abuso del poder que demandaban las comunidades marginadas, la falta de oportunidades laborales, educativas y el decrecimiento escolar que orillaban las condiciones precarias de los gobiernos aunados a la crisis económica, política que se vivían en el país; después de los movimientos estudiantiles de 1968 y los desastres ocasionados por el sismo de 1985, lo que llevo a que algunas comunidades decidieran salir a las calles a manifestarse y poner resistencia.

Tal fue el caso de “La unión de Colonos de San Miguel Teotongo y otras organizaciones sociales que impulsaron acciones de resistencia a la remodelación de la ex cárcel con fines penitenciarios. [...] entonces comenzaron a perfilarse las opciones que los vecinos tenían para el: junto a la de convertirla en una escuela preparatoria, un hospital, mercado, centro cultural, áreas verdes [...]”, (López J., 2008).

Antes que un reclusorio la unión de la comunidad logro que las exigencias cobraran sentido de manera digna a través de la participación activa de las comunidades aledañas y el interés de algunos funcionarios lo que contribuyó a gestionar una institución educativa con nuevos proyectos bajo la consigna ¡Cárcel no, Prepa sí!; obteniendo el logro del inmueble para convertirse en la primera preparatoria de la Ciudad de México, bajo la dirección e innovación del Ing. Pérez Rocha. Posteriormente el 26 de abril de 2001 el Gobierno del Distrito Federal por decreto del entonces Jefe de Gobierno del Distrito Federal el Lic. Andrés Manuel López Obrador, inauguraría la Universidad de la Ciudad de México (UCM)³⁷ .como un organismo público descentralizado, mismo que obtuvo el 16 de diciembre del 2004, la autonomía por medio de la aprobación de la Asamblea Legislativa del

³⁷ Decreto de creación de la Universidad de la Ciudad de México. Esta norma fue sustituida por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Distrito Federal (ALDF), y publicación de la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, la UCM. Llevando a cabo su misión y visión, sus objetivos, sus programas y planes de estudio, sus estrategias y actividades se enfocan, de acuerdo con su Ley, prioritariamente a la formación de ciudadanos y ciudadanas con capacidad para analizar la realidad de manera crítica, con comprensión multidimensional de los problemas sociales y con conocimientos y herramientas científicas y humanistas suficientes para plantear soluciones viables, de alto compromiso y pertinencia.

Actualmente la UACM, es una institución educativa, pública y gratuita con admisión mediante sorteo bajo notario público, impartida en cinco planteles localizados bajo puntos estratégicos en el interior de la Ciudad de México (Casa libertad, Centro Histórico, Cuauhtépec, Del Valle y San Lorenzo Tezonco) los cuales cuentan con estudios de licenciatura y posgrado en áreas científicas, humanísticas e ingenierías.

La UACM está dividida en tres colegios en los cuales se encuentran constituido por academias según el área de conocimiento y disciplinas con las siguientes licenciaturas impartidas:

Colegio de Ciencia y Tecnología (CCYT)

- Ingeniería en Software.
- Ingeniería en Sistemas Energéticos.
- Ingeniería en Sistemas de Transporte Urbano.
- Ingeniería en Sistemas Electrónicos Industriales.
- Ingeniería en Sistemas Electrónicos y de Telecomunicaciones.

Colegio de Ciencias y Humanidades (CCYH)

- Ciencias Ambientales y Cambio Climático.
- Nutrición y Salud.
- Promoción de la Salud.
- Protección Civil y Gestión de Riesgos.

Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales (CHYCS)

- Arte y Patrimonio Cultural.
- Ciencia Política y Administración Urbana.
- Ciencias Sociales.
- Comunicación y Cultura.
- Creación Literaria.
- Filosofía e historia de las ideas.
- Historia y Sociedad Contemporánea.

Posgrados y doctorados

- Maestría en Ciencias Sociales.
- Maestría en Defensa y Promoción de los Derechos Humanos.
- Maestría en Ciencias Genómicas.
- Maestría en Ingeniería Energética.
- Doctorado en Ciencias Genómicas.
- Maestría en Ciencias de la Complejidad.
- Maestría en Educación Ambiental.
- Maestría en Estudios de la Ciudad.
- Doctorado en Estudios de la Ciudad.

4.4 Estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

“Nada humano me es ajeno”

Actualmente es importante cuestionarnos dos preguntas importantes ¿Qué es o quien es un estudiante Universitario? Pareciera lo mismo pero su diferencia radica en profundizar en la conciencia social, cultural y política, para su reflexión.

Si bien es cierto, ha pasado poco más de un siglo para fijar la figura y postura de un “universitario” dentro de las instituciones y la sociedad. En ese sentido México ha evolucionado, y al hacer un recuento social e histórico, partiendo de la conquista de México en 1521, por parte del imperio español, la educación universitaria estaba a cargo de la corona española, impuesta por instituciones denominadas “real y pontífice” real por ser reconocida legítimamente por la corona y pontífice por ser los obispos con grado mayor quienes impartían las cátedras a la clase distinguida de la elite, con la finalidad formar conocimientos en teología, derecho canónico y medicina por excelencia; otorgando un título de reconocimiento para poder acceder a un grado académico y social, y así poder ocupar un puesto importante en la política y religión; una de las características de la corona era restringir su acceso al conocimiento.

Conforme avanza la sociedad surgen cambios que generan movimientos sociales y políticos que cuestionan las ideas de la sociedad misma y de las instituciones, logrando separar al clero de la educación; mediante la ley Juárez o mejor conocida de otra forma como leyes de reforma de 1857, que dieron pie a nuevas ideas y proyectos pos independistas y revolucionarios que acarrearían entre la población mexicana el progreso de la nación e igualdad a través de la educación; creándose así en el país la primera Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con la finalidad y encomienda de elevar el grado cultural y educativo que se tenía, debido al rezago y el analfabetismo de la población provocados por la desigualdad y carencia económica.

De este modo “La institución inicio sus actividades en febrero de 1868 con 700 alumnos externos y 200 internos, todos de sexo masculino, es hasta los años ochenta que se incorporan las primeras mujeres” (Marsiske, 2006, págs. 11-34); por lo que refiere a las instituciones públicas la figura de un universitario cobra un sentido de lucha e igualdad y progreso; logrando garantizar el derecho a la educación básica para toda la población.

Aunque por otra parte el tener una educación universitaria en ese entonces se convirtió en ideas que dividían a la sociedad en clases sociales, que en los universitarios se manifestó por un lado formar estudiantes reproductores de contenidos de libros académicos, requeridos por las mismas instituciones para la sociedad; y por otro en un grupos de universitarios marginados de conocimientos, debido a la carencia económica familiar y el poco acceso a universidades públicas, “el perfil de los estudiantes, en las universidades eran jóvenes de clase media alta, hijos de profesionistas o empresarios, los únicos que tenían solvencia y los medios para mantener los estudios de nivel superior “(García A.,s/f).

De este modo un universitario se formaba conforme a los requerimientos del Estado; es decir estudiantes a nivel medio superior como se garantizaba en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, con una preparación técnica o especialistas en un área.

Sin embargo los estudiantes universitarios que empezaba a egresar y el personal docente de instituciones académicas visualizaban las necesidades y carencias de un universitario que no eran respondían a la sociedad, en un país donde este mismo se manejaba mediante decisiones políticas y acciones de partidos políticos o mano de obra intelectual; que conlleva a la inquietud de la comunidad estudiantil generara movimientos de protesta o huelgas que marcaron al país y en específico el movimiento del 1968; donde políticamente se construyó la idea de un universitario como sinónimo de delincuente, rebelde, desorientado, desadaptado, pero no un ser humano con derechos, con voz, en formación académica, científica, cultural y sobretodo profesional.

Movimiento ha marcado a la sociedad en donde la conciencia colectiva construye la idea de que un estudiante universitario más allá de ser de una institución pública o privada, de pretenderse a una clase social o posición económica, o de cuestionar el género o las profesiones, el ser un universitario es una sola voz y una sola figura que actualmente se reconoce dentro de las leyes mexicanas que garantizan el acceso y derecho a la educación superior como parte de un proceso y desarrollo social.

Actualmente el informe de la OECD en cuanto a la educación superior menciona que:

“El sistema de educación superior de México es amplio y ha experimentado un crecimiento rápido durante las últimas décadas. En 1970-1971 había alrededor de 270 000 estudiantes matriculados en 385 escuelas a lo largo y ancho de México. En 2016-2017, esta cifra había aumentado hasta cerca de 4.4 millones de estudiantes (3.8 millones de estudiantes en programas presenciales y 0.6 millones en programas a distancia o en línea) presentes en más de 7 000 escuelas y casi 38 000 programas (SEP, 2017).”

Vale la pena decir que con la creación de la UACM se contribuye a la sociedad y a los universitarios para garantizar su derecho a la educación superior sin restricción cognoscitiva, económica, social, cultural o religiosa, ya que su acceso no es cuestionado por un examen de ingreso, como se plantea en el modelo educativo de la institución, impartiendo licenciaturas pensadas en las necesidades de la sociedad mexicana por lo que los estudiantes de la UACM, tienen una visión de compromiso con la sociedad y con el ser un universitario.

Si bien la identidad de un estudiante de la UACM, está en construcción por ser una institución joven, se puede decir que la comunidad estudiantil de universitarios se construye en un espacio académico de aulas, de proyectos, de trabajos de campo, de investigaciones, como el espacio material que comparten parte de su tiempo para convivir, recrearse, expresarse y construir una ideología crítica, que observa, se cuestiona y reflexiona.

Los estudiantes de la UACM, además de pertenecer a una institución con facilidades para realizarse como profesionista, son estudiantes que comparten conocimientos con personas de variadas edades y diferentes materias que eligen, algunos son padres, madres que han elegido seguir estudiando o casos de hijos que trabajan y son proveedores del núcleo familiar personas que a la par de ser estudiantes tienen otras actividades laborales y/o familiares, y comparten la experiencia personal con nuevos aprendizajes. El visualizar a un estudiante de la UACM, en ese sentido y tomando en cuenta lo antes dicho uno tendría que entender la realidad social actual, así como las bases de lucha que hay de tras de su creación: el modelo educativo, la propuesta pedagógica, metodológicas y sobretodo la formación humanista científica y crítica, interesados por una sociedad digna de futuras generaciones con carácter social e igualitario.

Sin duda la UACM, al igual que otras universidades tanto públicas como privadas responden a formar estudiantes que se insertan al campo laboral de instituciones y problemáticas sociales, en donde confrontan estereotipos e ideales impuestos por la dinámica social, leyes o políticas que se originan en las instituciones de poder, instituciones que contribuyen a proteger y garantizar los derechos fundamentales, mismos que son cuestionados y restringidos por las mismas.

En este caso, se podría decir que la UACM como una institución educativa y formativa, garantiza la libertad de cátedra y recreación así como la autonomía de los estudiantes, propicia una sana convivencia dentro del plantel a través de su reglamento interno siguiendo los lineamientos del artículo 1° constitucional que garantiza los derechos fundamentales., aunado que la institución considera el consumo de alcohol una problemática que repercute principalmente a la salud tanto individual como colectiva, por considerársele una sustancia adictiva que provoca daños al organismo; por lo que dentro de sus normas de convivencia de manera general aborda el consumo de alcohol prohibiendo y sancionando.

Paralelamente los estudiantes ante este fenómeno expresan su libertad mostrándose como un reflejo de la sociedad exterior que se reproduce dentro del

plantel de la UACM, que va más allá de planes de estudio, de modelos educativos o de normas de convivencia, o/y de una visión científica.

Sin duda en cada universidad e institución resuelven y atienden el fenómeno tomando en cuenta como se visualiza la problemática; el conocer la comunidad estudiantil contribuye a tener una visión general de los estudiantes. Es por ello que la UACM con fundamento en la ley universitaria y normas de convivencia de la UACM de su art.19° cobran sentido en los estudiantes para tener un ambiente óptimo. Incluyente que contemple los derechos sociales que garantizan su autonomía.

De este modo los estudiantes construyen su identidad al apropiarse de elementos y conocimientos que expresan sus ideas, analizan su sociedad, reflexionan en colectividad bajo principios y valores que contribuyen a tener un carácter social e igualitario; de este modo es importante poder reflexionar ante la siguiente pregunta: ¿Entonces como son los estudiantes UACMitas?.

- La respuesta se pensaría en torno a la comunidad estudiantil de la UACM, ya que conforme va evolucionando su entorno, la institución y su comunidad se hace el análisis precedente de diversos anuarios, normatividades internas de la UACM y las expresiones culturales de la cotidianidad y nos da la pauta para decir que algunos estudiantes si y otros no simpatizan o se identifiquen con lo que posiblemente caracteriza a un estudiante UACMita, planteándose entorno a ser:
 - Ante todo ser humano con dignidad y derechos.
 - Estudiantes con libertad de expresión personal y académica.
 - Estudiantes que profundizan en sus conocimientos.
 - Estudiantes que pertenecen a una comunidad donde se interrelacionan de manera multidisciplinar.
 - Estudiantes con un modelo educativo distinto al tradicional.
 - Estudiantes que no se definen por un número en cuanto a sus conocimientos.
 - Se forman bajo principios científicos, humanísticos y críticos.

- Estudiantes formados por facilitadores de los conocimientos en su aprendizaje.
- Estudiantes con autogestión.
- Reflexiona sobre la realidad de la sociedad, en específico de la ciudad.
- Estudiantes que les inquieta el quehacer de su profesión.
- Estudiantes proveedores de familias o hijos de trabajadores o empleados.
- Estudiantes con una visión multidisciplinaria y transdisciplinaria.

En conclusión podemos decir que el ser un estudiante universitario se ha ido posicionando en la sociedad, y un ejemplo de ello son los estudiantes de la UACM en igualdad de condiciones académicas con otras universidades, que como universitario tiene mayores oportunidades personales y laborales; estando en constante formación profesional, debido que se le considera la próxima fuerza productiva del país, por lo que el consumo de alcohol y el alcoholismo son una problemática que irrumpe en su formación, su salud y su entorno.

Es decir fenómeno que tiene distintas visiones para abordar; en donde están implicados tanto la institución como el estudiante, en donde el papel de la universidad contribuye a poder diseñar planes y programas de salud. La UACM encamina a tener estudiantes con una visión crítica que le permita discernir entre el conocimiento y tomar decisiones acertadas, a generar conciencia de sus actos, con garantía de derechos a la par de una normatividad.

Sin embargo la problemática del consumo y el alcohol en el discurso hay diferencias, pero en la practica el alcoholismo se disfraza como un consumo normal asociado a la diversión, relajación y como una simple bebida de la cotidianidad.

Capítulo V

5.1 Metodología

Algunos científicos, académicos, filosóficos, entre ellos Descartes, Aristóteles, Kant, consideraban que todo conocimiento que se genera por el ser humano requiere de ser comprendido, explorado y sobretodo comprobado; de ahí que surgen diferentes corrientes de pensamientos, dentro de las investigaciones y estudios basándose en el “método científico” (Iranzo V.2005). Que da pasó a la validación y reconocimiento; cobrando éste una mayor aceptación en las llamadas “ciencias exactas”.

Por otro lado surgen nuevos cuestionamientos a fenómenos sociales que no son capaces explicarse a través de la ciencia y el método científico, por lo que otras disciplinas optan por proponer a prueba nuevas metodologías que incluyen métodos y análisis para realizar una investigación que contemple una visión más social. Entre ellos se encuentra las llamadas metodologías cuantitativas, cualitativas y mixtas; que a su vez cuentan con instrumentos y técnicas dentro del proceso de investigación.

Según Sanperi (2006). Estos métodos, en específico el método científico consiste en recolectar datos para probar una hipótesis con base en una medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Mientras que la metodología cualitativa se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados, “Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas)”.

La investigación social buscar dentro de la realidad de la sociedad, los significados y símbolos; a través de información, entrevistas o los diferentes tipos de diseños. Se puede decir que en la investigación cualitativa es más flexible y no hay una restricción ni límite para en recabar la información. Sin embargo es importante considerar que “la calidad de un estudio está determinada, en buena

parte, por el rigor metodológico con que se realizó”. Según Castillo & Vásquez (2003)

En ese sentido en la metodología cualitativa se obtienen puntos de vista en que la subjetividad del investigador influye. Según Salgado Lévano (2007) dentro de la investigación cualitativa el conocimiento es construido socialmente por las personas que participan en la investigación; además de que dentro del proceso de investigación se da una interacción entre el investigador y los individuos estudiados, con diversas visiones e interpretaciones. En cuanto a la metodología mixta consiste en una mezcla tanto de la cuantitativa como de la cualitativa. De la cual sirvió para esta investigación al aplicar una encuesta y un trabajo con un grupo.

5.2 Diseño metodológico

Para llevar a cabo esta investigación se diseñó una metodología mixta, apartar de realizar un estudio tipo:

Transversal: Debido a que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito es describir y analizar su percepción en un momento dado, en este caso correspondiente al periodo 2019-1.

Descriptivo: Porque busco aproximarse a la realidad a través de describir y analizar la percepción que tienen los estudiantes sobre los significados del consumo de alcohol y alcoholismo

Universo: Se considera el total de la población que presenta las características que se van a estudiar, no siempre es posible estudiar toda por lo que puede ser finito o infinito, en este estudio la población es finita con un total de 6873 estudiantes del plantel san Lorenzo Tezonco durante el periodo de 2019-1.

Muestra: forma parte del subconjunto de la población y es utilizada para conocer las características de la población a estudiar. En esta investigación, se utilizó como la población muestral a través de un muestreo aleatorio simple para obtener una muestra representativa es decir, poder elegir a los individuos al azar de manera que todos tengan la misma probabilidad de formar parte de la muestra.

Cálculo de la muestra para población finita³⁸

Para una población finita, que es nuestro caso se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p) N}{d^2 N - 1 + Z^2 p(1-p)}$$

Fórmula desarrollada:

³⁸ Ver anexo 4

Para llevar a cabo esta fórmula tomaremos en cuenta los siguientes datos:

N=Es el total de estudiantes de la UACM-SLT (6873).

Z=Es el nivel de confianza (95%) =1.962.

P=Proporción de una categoría de variable = 0.05

d= Este representa la precisión = 3%

La fórmula desarrollada, para el estudio queda de la siguiente manera.

N= 6873 estudiantes de la UACM-SLT Z= 1.962 P= .05 d= 3

n1=197 (muestra mínima requerida) de estudiantes de la UACM-SLT

n2= 232 (estimación con pérdidas) estudiantes de la UACM-SLT.

Cuadro sobre el cálculo de la muestra correspondiente a cada colegio de la UACM- SLT. Para la aplicación de la encuesta durante el semestre 2019-I.

Colegio	Total	Porcentaje maestral	Turno		TOTAL	Muestra requerida
Colegio de CHyCS	4119	59.93%	Matutino	4360	139	91
			2679			Vespertino
Colegio de CCyT	1596	23.22%	Matutino	2513	54	38
			1137			Vespertino
Colegio de CCy H	1158	16.84%	Matutino	6873	39	18
			544			Vespertino
TOTAL	6873	99.99%			232	232

Fuente: Elaboración propia partir de datos proporcionados por el área registro escolar de la UACM-SLT durante el semestre 2019-I

El cálculo de la muestra sirvió de base para la obtención de información a través de aplicar una metodología cuantitativa mediante una encuesta³⁹.

Encuesta

La aplicación de la encuesta nos permitió tener un panorama sobre la percepción y conocimientos generales que tienen de los estudiantes de la UACM-SLT la problemática del consumo de alcohol y el alcoholismo.

Cuenta con 37 ítems distribuidos en tres ejes temáticos en los que se exploró:

- Conocimientos biopsicosociales del consumo de alcohol y alcoholismo.
- Construcción de los significados del consumo de alcohol y alcoholismo.
- El proceso salud enfermedad en relación al consumo de alcohol y alcoholismo.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de la muestra

➤ **Inclusión:**

Estudiantes mayores de edad que se encuentren inscritos en a UACM –SLT.

Estudiantes del turno matutino de la UACM-SLT.

Estudiantes del turno vespertino de la UACM-SLT.

Estudiantes de sexo femenino de la UACM-SLT.

Estudiantes de sexo masculino de la UACM-SLT.

Estudiantes de todas las licenciaturas de la UACM-SLT.

Estudiantes de todos los colegios de la UACM-SLT.

➤ **Exclusión:**

Personal docente y administrativo de la UACM-SLT.

Estudiantes menores de edad de la UACM-SLT.

³⁹ Ver anexo 5

➤ **Eliminación:**

Estudiantes que no deseen participar en contestar la encuesta.

Para tener una apreciación complementaria del fenómeno en estudio, se recurrió a realizar una entrevista a un grupo focal para conocer la percepción que se tiene sobre el consumo de alcohol y alcoholismo en al Plantel San Lorenzo Tezonco; siguiendo los mismos ejes temáticos que aborda la encuesta.

Capítulo VI

6.1 Presentación de Resultados y Análisis

En el siguiente capítulo se muestran los principales resultados obtenidos en la investigación⁴⁰ sobre los significados que tienen del consumo de alcohol y alcoholismo los estudiantes de la UACM-SLT, durante el periodo 2019-I, y como contribuyen a su proceso salud-enfermedad. Se presentan en dos fases (la primera cuantitativa y la segunda cualitativa); siguiendo tres apartados temáticos⁴¹ en su desarrollo.

I) Fase cuantitativa

En la parte cuantitativa por cuestiones metodológicas se aplicaron en ambos turnos solo en el plantel San Lorenzo Tezonco 245 encuestas, distribuidas en los tres colegios (CCYH, CCYT, CCSYH); el primer apartado consistió en conocer el perfil sociodemográfico (relacionados con edad, sexo, semestre, turno, licenciatura, colegio, trabajo) de nuestra población en estudio, en donde los resultados fueron los siguientes:

El 97.95% de los encuestados son del plantel SLT y 2.05% se distribuyen en alumnos del plantel del Valle y Centro Histórico; los estudiantes tienen entre 18 y 50 años de edad, en donde el 86.70% del total de la población se ubican dentro de un rango de 33 a 37 años, lo que equivaldría a 212 estudiantes encuestados.

El sexo prevalente fue el femenino con un 56.74%; seguido de un 43.26% en varones, es importante destacar que por colegio se observa la misma prevalencia, claro ejemplo es el colegio de CCYT con 79.03 % de mujeres y 20.97 % de hombres. Se puede decir que la UACM-SLT tiene un porcentaje mayor de población femenina que cursa una licenciatura durante el periodo del 2019-I.

⁴⁰ Nota: Cabe puntualizar que la investigación indaga la percepción que tienen los estudiantes, y no abunda o mide características relacionadas con los patrones de frecuencias, cantidad de alcohol ingerido, o bebidas de preferencia.

⁴¹ Los ejes temáticos son categorías que propone la promoción de la salud para abordar los problemas de salud; en este caso: 1) Perfil general de la población, 2) características Biopsicosociales, 3) Proceso salud-enfermedad.

Otro de los rubros que se tomaron en cuenta para su análisis fue la ocupación de los estudiantes, el 73.06 % no trabaja, comparado con el 26.94 % que si trabaja; se puede decir que la mayoría de los estudiantes solamente se dedican a estudiar; es importante destacar que en la universidad se da la facilidad para que exista el porcentaje mínimo de tiempo solicitado y puedan estudiar o/ trabajar al mismo tiempo, y mientras los que lo hacen el 2% realizan actividades vinculadas a su carrera y un 5% dedicadas al empleo informal lo que refieren los estudiantes en la encuesta. (Información para consultar a detalle en apartado de anexos).

Por otro lado en las encuestas se encontró que la mayoría de los estudiantes cursan semestres acorde a sus necesidades y van desde el 1° semestre hasta el 9° semestre, el cual hace que sea enriquecedor la investigación porque logra rescatar la percepción que se tiene del consumo de alcohol y alcoholismo desde estudiantes de nuevo ingreso hasta los que van en semestres más avanzados y que han tenido mayor tiempo conviviendo en la universidad y conocen la dinámica social y académica que se tienen en el día a día.

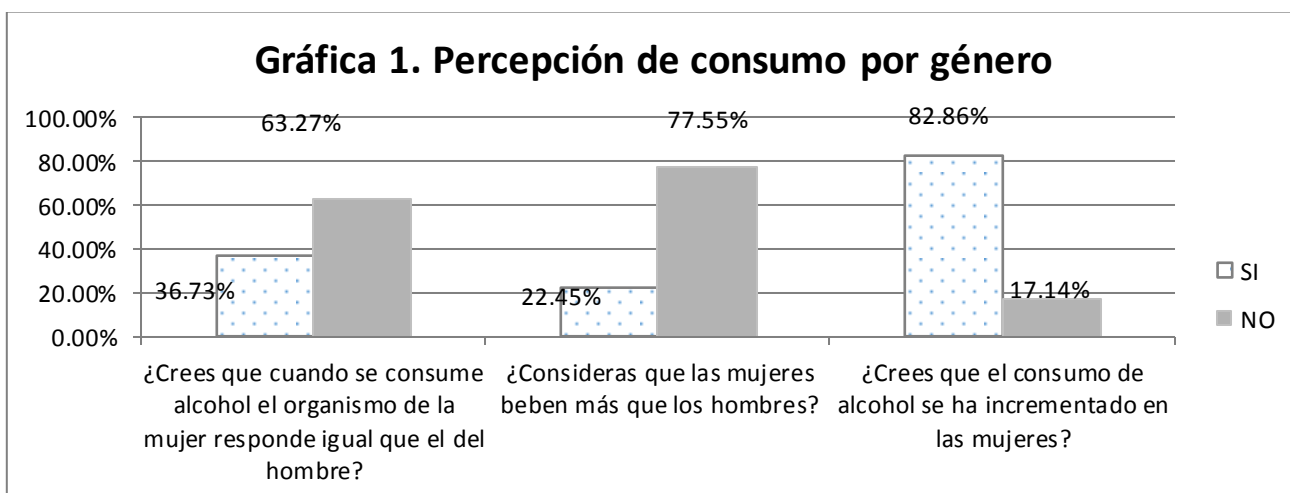
El segundo eje exploro la percepción en torno a conocimientos biopsicosociales de los estudiantes frente al consumo de alcohol y alcoholismo. El 88.58 % de los encuestados respondieron que no es lo mismo el consumo de alcohol y el alcoholismo. Se puede observar que el conocimiento tanto personal como académico de los estudiantes les permite diferenciar entre los conceptos de uno y otro; la percepción que tienen son acordes a su edad y realidad social y con un referente que es lo “normal” de una copa. Con respecto a lo anterior, existe una relación entre los conceptos y los efectos del consumo de alcohol en el organismo, el 83.67 % de los estudiantes respondieron que Si, los conocen. También encontramos que el 85.71% respondió que alguna vez ha consumido alcohol, mientras que un 14.29% no ha consumido alcohol.

Al establecer la diferencia entre el consumo de alcohol y alcoholismo y sus efectos en el organismo, se plantearon preguntas más indagatorias para conocer la percepción por separado sobre ¿Crees que el consumo de alcohol es una

enfermedad? el 63.27 % respondió que NO. De igual forma a la pregunta ¿Crees que el alcoholismo es una enfermedad? El 84.90 % de los estudiantes encuestados respondieron que si es una enfermedad el alcoholismo. Y solo 15.10% considera que el alcoholismo No es una enfermedad.

Se puede observar que se da una respuesta más puntual y que puede considerarse no tan grave que el consumo de alcohol sea una enfermedad. Y esto se puede ver cuando se les pregunta ¿Crees que el alcoholismo tiene cura? El 82.86 % refirió que SI; esto pone a pensar que los estudiantes asocian la enfermedad problemas de salud del ámbito patológico que son percibidos a través de signos y síntomas del orden clínico, lo que les da pauta para tomar la decisión de seguir consumiendo alcohol debido a que para ellos no causa enfermedad biológicamente. Aunque el 92.65 % considere que el consumo de alcohol a edades tempranas si afecte el desarrollo neuronal.

Otro de los temas sobresalientes que se identificó en la investigación fue la percepción de genero frente al consumo de alcohol, los resultados como se observa en la (grafica1), de manera global se pensaría que en el plantel hay una contradicción al preguntarles ¿Crees que el consumo de alcohol se ha incrementado en las mujeres? El 82.86% respondió que SI y un 17.14% respondió que NO; por otra parte ¿Consideras que las mujeres beben más que los hombres? El 22.45% respondió que SI y un 77.55% respondió que NO;



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la encuesta de consumo de alcohol y alcoholismo para estudiantes de la UACM-SLT 2019-I.

El 77.55% de los estudiantes NO consideran que las mujeres beban más que los hombre. Los resultados reflejan un ligero incremento en el consumo de alcohol en cuestión de género; pero el hecho que se incremente el consumo no quiere decir que las mujeres beban más que los hombres por lo que es menor, se percibe que se ha incrementado el porcentaje de mujeres que deciden beber, pero en relación a la cantidad y frecuencia de consumir alcohol, en esta investigación no es percibido y una de las cuestiones tiene que ver con que el 63.27 % cree que cuando se consumen alcohol el organismo de las mujeres no responde igual al de los hombres.

Para entender el consumo de alcohol y alcoholismo de los estudiantes de la UACM-SLT desde el ámbito social, se consideraron preguntas relevantes que nos brindaran un panorama sobre la convivencia y sociabilización⁴², como a continuación se puede apreciar (gráfica 2).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la encuesta de consumo de alcohol y alcoholismo para estudiantes de la UACM-SLT 2019-I.

El 77.55% de los estudiantes encuestados consideran que el consumo de alcohol NO es una forma de manifestación social en los jóvenes; seguido de 85.71% que afirma que NO, necesariamente el consumo tiene que ser dentro de

⁴²Según el DRAE 2018, Sociabilizar consiste en hacer sociable o capacitar para vivir en sociedad.

un grupo social. De igual forma el 55.10% considera que los estudiantes solo consumen alcohol para sociabilizar, y un 53.06% No lo consumen para convivir.

El consumo de alcohol no solo puede ser en un grupo sin embargo más de la mitad de estudiantes da mayor importancia a vincular sus relaciones sociales, al sea al convivir, sociabilizar o pertenecer a un grupo social con el beber alcohol. Sin embargo el consumo no se considera.

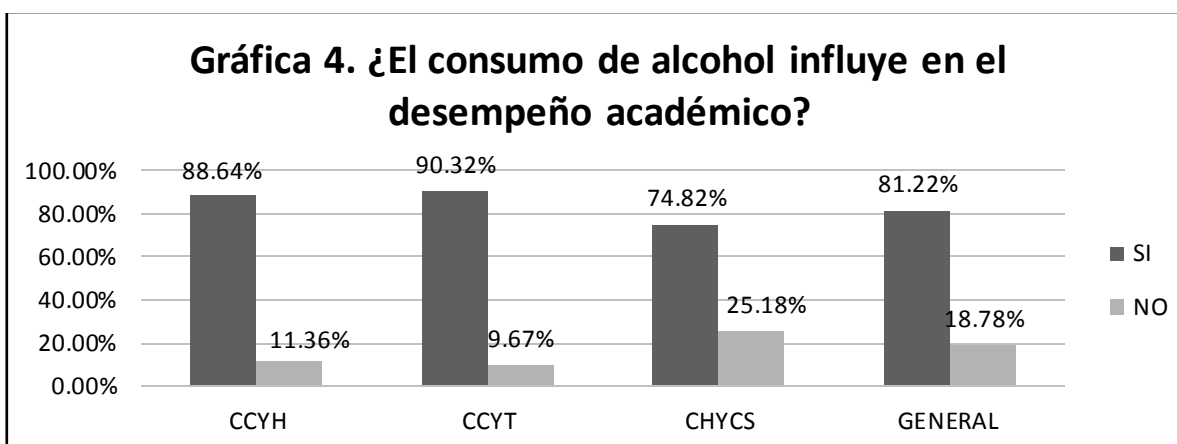
El tercer apartado fue con respecto al proceso salud-enfermedad en relación al consumo de alcohol y alcoholismo de los estudiantes de la UACM-SLT. Para ello se tomó en cuenta su espacio educativo lo cual de manera afirmativa como se observa en la gráfica 3, el 91.43% de la población encuestada considera que en el plantel se consuma alcohol, ya que se tiene la certeza debido a que cuando se les planteo la pregunta *¿Alguna vez has consumido alcohol dentro de la universidad?* El 43.27% respondió de forma concreta que SI.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la encuesta de consumo de alcohol y alcoholismo para estudiantes de la UACM-SLT 2019-I.

El 56.73% restante considero que nunca han consumido alcohol dentro del plantel, a esto se puede decir que el estar conviviendo y sociabilizando en el mismo espacio genera que exista una dinámica social, en donde se formen grupos y se dé el consumo de alcohol o se perciba la situación sin estar consumiendo alcohol, esto es muy importante ya que de una o de otra manera se manifieste la existencia del consumo de alcohol.

Debido a que dentro del plantel de la UACM-SLT se consume alcohol y es un espacio educativo y académico en formación para futuros profesionistas, fue importante considerar si el consumo influye en desempeño académico. Se puede observar de la siguiente forma (gráfica 4).



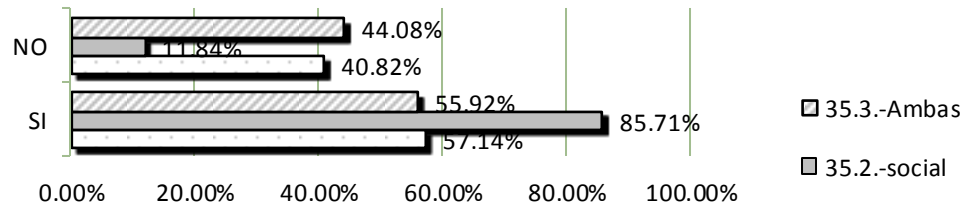
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la encuesta de consumo de alcohol y alcoholismo para estudiantes de la UACM-SLT 2019-I.

La grafica refleja que los estudiantes de cada colegio tienen una formación académica distinta y por ende conocimientos que les permite tener criterios y opiniones diferentes, como lo es el colegio de CCYT que el 90.32% considera que si influye totalmente el consumo de alcohol al desempeño académico, a diferencia del 74.82% del CHYCS, quizá por la rigidez de materias que lleva cada colegio que les permite tener una opinión ante esta situación.

A demás se les planteo *¿Crees que el consumo de alcohol es un factor para causar deserción escolar?* El CCYH con el 81.82% cree que si, seguido del CCYT con 70.96%, y por último no por ser menos importante pero con menor porcentaje el CHYCS con 68.35 %. Cada colegio considera que el consumo de alcohol si causa deserción escolar.

De manera general el 87.75% del plantel del UACM-SLT cree que esta situación sea un factor que cambie el estilo de vida de los estudiantes, de ahí la complejidad de la problemática del consumo de alcohol y alcoholismo; debido a que su mayoría piensa más que es una problemática de tipo social que biológica como se observa en la siguiente gráfica 5.

Gráfica 5. ¿Crees que el alcoholismo es un problema de tipo?



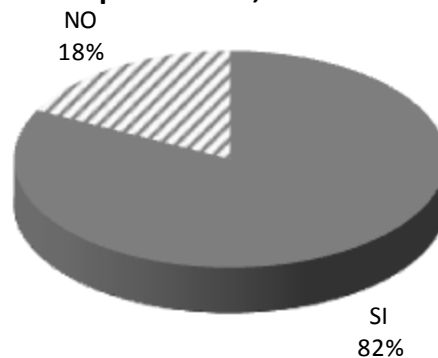
	SI	NO
35.3.-Ambas	55.92%	44.08%
35.2.-social	85.71%	11.84%
35.1.- Biológico	57.14%	40.82%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la encuesta de consumo de alcohol y alcoholismo para estudiantes de la UACM-SLT 2019-I.

De los 245 estudiantes encuestados el 85.71% afirma que el alcoholismo es un problema social y solo un 55.92% dice que el alcoholismo involucra a las dos esferas de lo biológico y lo social. Por lo que es una problemática que el 86.12% manifestó que si necesita ser abordado.

El 85.30% de los estudiantes consideran que el ámbito individual de las personas está relacionado con enfermedad que a la salud, y a la afectación de la economía de la persona que lo consume (92.66%).

Gráfica 6. ¿Crees que el consumo de alcohol sea una causa de problemas sociales como violaciones, abusos sexuales, embarazos no deseados o a temprana edad, accidentes automovilísticos, robo?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la encuesta de consumo de alcohol y alcoholismo para estudiantes de la UACM-SLT 2019-I.

Como se muestra en la gráfica 6. Al preguntar ¿Crees que el consumo de alcohol sea una causa de problemas sociales como violaciones, abusos sexuales, embarazos no deseados o a temprana edad, accidentes automovilísticos, robo? el 82% respondió que SI, y 18% considero que de igual forma estos hechos ocurren sin estar relacionados con el consumo de alcohol y alcoholismo.

En resumen en la parte cuantitativa se puede decir que en los tres apartados que se abordaron en las encuestas, permite hacer un análisis del panorama general de cómo es nuestra población y los conocimientos que tienen los estudiantes de la UACM-SLT, en este caso fue mayor la participación de mujeres, las edades y semestres fueron variados; en cuanto a la percepción de los significados del consumo de alcohol y alcoholismo.

Las encuestas facilitaron para que los estudiantes tomaran elección más adecuada al plasmar sus conocimientos e ideas, sin embargo se observó que dejó a un lado explorar su sentir; ya que al planteárseles preguntas concretas sus respuestas son puntuales. Esta parte mostro que los estudiantes tienen con claridad la diferencia entre consumo de alcohol y alcoholismo, sus efectos en el organismo y como es su práctica. Pero que deja sesgos en algunos casos por ser significativa la diferencia en los porcentajes.

En cuanto a la perspectiva de género mostro que hay un posicionamiento de las mujeres frente a los hombre y de que es posible comparar los porcentajes, y fue notorio el incremento, sin olvidar que es mayor la población de mujeres de la UACM-SLT.

En conjunto se encontró que dentro del plantel de la UACM-SLT, existe el consumo de alcohol y estudiantes con problemas asociados al consumo de alcohol y alcoholismo ya sean hombres y mujeres.de cualquier colegio.

Resultados II Fase Cualitativa

En la fase cualitativa se trabajó con un grupo focal⁴³, conformado por 10 participantes⁴⁴ que semanas anteriores habían participado contestado la encuesta piloto sobre los significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT, del consumo de alcohol y el alcoholismo y como contribuye a su proceso salud enfermedad. A través del grupo focal se buscó indagar los mismos contenidos abordados en la encuesta; pero de manera grupal y reflexiva, mediante una entrevista estructurada, que duro alrededor de 30 a 45 minutos, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

	Preguntas estimulo	Respuestas del grupo focal
Biopsicosociales	¿Qué saben a cerca del consumo de alcohol?	<p><i>Ml: Qué es una droga legal [...].</i> <i>S: Qué en exceso puede causar cirrosis.</i> <i>C: Es una bebida social, hace daño, provoca alegría.</i> <i>M: Qué... es toxica, perjudica al hígado.</i> <i>K: Provoca alucinaciones, también provoca daños a los riñones.</i> <i>F: En exceso, dañan el cuerpo, daños al organismo.</i> <i>P: El consumo de alcohol seria la cantidad de bebida que se ingiere.</i></p>
	¿Qué saben a cerca del alcoholismo?	<p><i>C: Es una enfermedad, provoca cirrosis, también provoca dependencia, provoca alegría, depresión</i> <i>K: Es una enfermedad, causa muerte.</i> <i>M: Para muchos es su vida normal.</i> <i>G: Puede ser también las dos cosas, también puede ser enfermedades psicológicas y no solo enfermedades, sino como... angustias, depresión, que algo psicológico puede provocar el consumo de alcohol y convertirse en algo cróniconológico como lo es el alcoholismo.</i> <i>P: Por moda, el alcoholismo es moda, escolar.</i> <i>S: Por convivencia, también, sí... Por no sentirse solos</i> <i>Igual por los prejuicios.</i> <i>Aumenta la pobreza, una bebida ya te cuesta cara realmente.</i></p>
	¿Qué significado creen que los estudiantes tienen acerca del consumo de alcohol y alcoholismo?	<p><i>G: Tomar da posición social.</i> <i>C: Te abre las puertas del trabajo, empleo.</i> <i>K: Si cuando tienes un trabajo, en un momento tienes que sociabilizar.</i> <i>M: Yo creo que para los estudiantes es convivencia, es destres.</i> <i>K: Convivencia diversión, igual para pertenecer a un grupo social.</i> <i>E: [...] Igual he conocido a gente que por estar en otra religión no hay consumo la religión le prohíbe tomar, entonces es un significado que le da uno. Pero también por ejemplo, la iglesia pues teda vino cuando te da la ostia. Entonces está ahí la otra parte no, para otros la iglesia te da vino.</i></p>
	Estos significados ¿Creen que se construyan en la universidad, en el espacio en que estudian?	<p><i>C: A lo mejor la sociedad y uno como estudiante y los mismos compañeros... como que hasta, a veces cuando no uno no quiere y nadie te quiere pero... o eres te dicen que eres payaso, o sea la misma sociedad lo ve normal el tema de alcoholismo no debería de ser así.</i> <i>K: Y [...] se está normalizando la temática de consumo de alcohol; Tanto el alcohol, como el tabaco pero creo que más el alcohol, si se ve normal.</i> <i>G: [...] estudios el consumo una copa de vino al día o una cerveza...el alcoholismo es El 75 % acompañan sus alimentos con alcohol es parte de su vida y no en exceso.</i></p>

⁴³ Ver semblanza fotográfica del taller

⁴⁴ S: Sthephany, M: Miriam, K A: Karen Andrea, MA: Mario, C: Carlos, G:Guillermo, L: lucero, E: Ecarlet, K: Katia; N: Nohemi

	¿Nuestra cultura también influye?	<p><i>S: Pues yo digo que también se puede dar no...Que Algunos llegar a consumir y no ser alcohólicos</i></p> <p><i>C: Parte de la cultura de ellos, pero no llegan a ser alcohólicos, por la cultura.</i></p>
	¿Creen que sea una problemática el consumo de alcohol en los estudiantes?	<p><i>G: No, creo.</i></p> <p><i>N: No, Todo.</i></p> <p><i>K: Yo digo que Si... Si porque de ahí desencadena una problemática.</i></p> <p><i>M: Si Puede ser. Porque también, primero... desencadena un bebedor social y luego ya se te vuelve una problemática.</i></p> <p><i>E: Yo creo que depende del estudiante.</i></p> <p><i>KA: Si [...], porque la serie de problemáticas que están relacionadas si es un problema, los accidentes.</i></p>

En general durante la entrevista al grupo focal los estudiantes se mostraron participativos al expresarse dentro del grupo sin restricción por ser hombre o mujer; o de alguna licenciatura diferente con respecto a la percepción de los conocimientos biopsicosociales⁴⁵, se observa que tienen saberes generales entorno al consumo de alcohol y el alcoholismo, mismos que los asocian de manera general a bebidas de preferencia, cantidad y frecuencia de su consumo.

Los estudiantes manifestaron que conocen los efectos que causa el consumo de alcohol y alcoholismo dentro del organismo, al igual de reconocer y mencionar los diferentes padecimientos y enfermedades que se relacionan con estos, como lo son las cirrosis, daños hígado, mareos, depresión, dependencia a la sustancia, pérdida de la conciencia. Haciendo énfasis que hay una línea muy estrecha entre el consumo de alcohol y alcoholismo que no se pudiera apreciar a ciencia cierta o simple vista; sin embargo, se pueden apreciar las similitudes entre una y otra.

En cuanto a los significados del alcoholismo y consumo de alcohol que tienen los estudiantes de la UACM-SLT y cómo es que estos se construyen; se puede decir que los estudiantes lo asocian a su contexto social que tienen como una referencia de la cotidianidad familiar y escolar. Ya que para unos el consumo de alcohol tiene que ver con sociabilizar y tener y/o estar en compañía, mientras que otros mencionaron que tienen que ver con la religión, cuestiones políticas y económicas del gobierno y también de manera importante estrategias publicitarias

⁴⁵ Categoría referida desde la Promoción de la Salud.

de mercado y consumo, (según se mencionó). Mi entras que el alcoholismo es simplemente un significado de enfermedad.

En específico los estudiantes de la UACM-SLT, le atribuyen al consumo de alcohol y alcoholismo la situación que se vive, el espacio donde conviven, como lo es el estar en un grupo social o laboral, el estrés, diversión, o los significados de una bebida común que ya están pre establecidos por la sociedad actual que toman y lo adecuan reproduciéndolo a sus ideas, costumbres; ya que para unos es positivo y benéfico para la salud y para otros es algo negativo y perjudicial; o simplemente es una moda y tener una posición social.

Por último se abordó en los estudiantes la percepción del proceso salud-enfermedad, entendido este desde la promoción de la salud como un carácter social en que se relaciona con hechos históricos y sociales, más que lo biológico e individual de la salud; en donde existen determinantes que influyen en la salud y en la enfermedad de los estudiantes, como a continuación se mencionaron:

	Preguntas estímulo	Respuestas del grupo focal
Proceso Salud- enfermedad	<i>Entonces ¿Cuando se es bebedor ya llega a ser un problema?</i>	<i>C: Yo digo que sí. G: En exceso, sí.</i>
	<i>En exceso ¿Y cuándo, cuanto es un exceso, como sabemos que se llega a un exceso?</i>	<i>E: Cuando no tienes, pierdes el control sobre, yo digo.</i>
	<i>¿Y eso como lo determinamos nosotros mismos?</i>	<i>C: Yo bueno yo por ejemplo cuando ya me siento mareado ya no tomo yo. K: A mí no me gusta, pero no se...</i>
	<i>¿Y conocen los efectos del consumo de alcohol en el organismo?</i>	<i>C: Osea me siento mareado y hasta ahí, pero en a las compañeras, está ya llevan cuantas y también dicen, también se marean... K: [...] las mujeres creo que no... algo de la absorción del alcohol por eso, por ejemplo vamos más al baño cuando tomamos cerveza que los hombres, porque tenemos diferente metabolismo al de los hombres. N: Creo que muchos de los factores como que... peso, algo así. M: La concepción física de cada uno. G: Mira yo nunca he tomado pero si tengo la experiencia de ver a pacientes, que llegan, he... que los llevan, en un estado de aflexis, esto es llegan temblando, un temblor excesivo, y los llevan con la boca totalmente seca y totalmente pálidos y este...hay que ponerles suero; [...].</i>

	<p>Entonces si ¿hay alguna diferencia entre consumo de alcohol y alcoholismo?</p>	<p>K: Yo digo que hay una relación muy estrecha en el consumo de alcohol y alcoholismo. N: Si yo creo que si hay similitud pero no hay diferencias. C: La similitud es el hecho de que se consume alcohol en los dos. G: Hora un amigo en psiquiatría, te dicen que una copa así de alcohol diaria es alcoholismo, consumo de alcohol es una vez allá cada semana, cada quince días y así y no es muy dependiente de ellos. E: No solo es una enfermedad, Aja, Luego hay enfermedades que te dicen que te tomes una cerveza al día. K: No. M: No dice de cual, pero es interesante, te dicen que el 90 o 80%, los medios lo mandan al público, esto que dices. C: Pero también hay estudios Si no mal recuerdo en los últimos años donde afirman que una cerveza al día es buena para tu el organismo. Pero no se ya hay habría que ver. K: Es como la copa de vino que tienen antioxidantes, También tiene propiedades, vino tinto. Es para justificar el alcoholismo, pero hay muchas complicaciones en Europa, que dice que cada bebedor es como tomar un vaso de Coca-Cola conceptos de un francés, un italiano que tiene esa costumbre viven mucho tiempo y gozan de buena salud.</p>
	<p>Entonces aquí se habla cuando es un exceso, cuando se bebe con control y cuando es para sociabilizar</p>	<p>K: Yo digo que en exceso es malo... C: Es que no se si hay estudios, sobre no se... por ejemplo sobre la cantidad no, de mililitros obviamente por ejemplo, no se...de pan, viene el paquetote de no sé de las conchas bimbo y te especifica no se y según por ejemplo el maíz del cuanto puedes comer en un día de esa pieza de pan, ya sea media concha o el problema de nosotros es que si yo con un pan me como las dos conchas, una en la mañana y otra en la noche G: Pero...no no sé si habría determinado sobre... K: El problema de esto es que cada organismo metaboliza diferente, entonces, si en mi dos cervezas me pone hasta la madre, a otro lo puede hacer daño, por eso hay medidas en las cuales no está bien decir un límite porque cada quien es diferente. N: Bueno yo creo mmm. Yo creo que por ejemplo en una boda no yo fui y me dieron alcohol para brindar y pusieron whisky o creo tequila o algo y no lo vi mal, creo no era cerveza, pero creo en una boda, XV, años en esos lugares en estos lugares se ve normal que se maneje aja, normal, Y no me puse borracha y nada por el estilo, O sea si hubo un control como dicen ellos. G: Es que alcoholismo y consumo es cuando ya no hay un control, pero como dicen ellos una copa diaria ya eres alcohólico, entonces ahí ya... C: Si una copa...Esta escrito, he una copa diaria no, y te hablan esos...he que le llaman caballitos, y con una de esas la persona ya es alcohólica. N: Cada organismo responde de diferente manera no... La diferencia en que uno la cerveza, otros el whisky otros el vodka, entonces quien sabe. E: Si otros lo controlan d.... otra consumió ósea</p>
	<p>Entonces aquí también sería que se consume alcohol por salud.</p>	<p>C: No. G: Sí, porque la copa de vino tiene antioxidantes K: Pero yo creo no, Pues alguno si unos lo toman</p>
	<p>Pero aquí los estudiantes</p>	<p>C: No. E: No. G: Pues no. M: No lo están. K: Una cerveza. N: No sé, yo siento que es bueno pero no en exceso, ósea con un balance no.</p>

	<p>¿Y creen que aquí en la universidad se consume alcohol?</p>	<p>K: Sí. C: Sí. G: Aquí sí E: No pues aquí si hay KA: Sí, Para sociabilizar N: Para compañía</p>
	<p>Una reflexión o ahorita que les aporte el tema</p>	<p>C: Yo creo que no necesitamos tomar alcohol, necesariamente para divertirse, no... para socializar, entonces pues sería eso. K: Es que si puedes controlar el cuerpo, yo siento que si puedes tomar alcohol pero con exceso, bueno no, G: También, siempre y cuando cuidarse. KA: Yo creo que el alcohol, el consumo de alcohol es bueno porque te aporta necesidades sanamente, pero no en exceso, entonces Ya. M: Yo igual pienso que, ósea pienso que ora si sacando una frase "que dice, todo me es licito mas no lo que conviene" ósea todo lo puedo consumir por decirlo así, pero no todo conviene a nuestro cuerpo, entonces puedo decirte que, ósea, me es licito consumir alcohol, pero de una manera racional, porque ya cuando se convierte en algo irracional. N: Si exactamente, que sea en una manera racional, y no por convivencia o porque mi novia me dejo, o algo así, sino porque no sé. K: Porque le gusta. M: El alcohol te mata... Si, en cualquier momento te desbocas y pierdes el equilibrio, Estamos hablando de alcohol. Cada fin de semana o cada mes no sé, se convierte en alcoholismo no... E: Sí... No en todas las personas, porque también tienen que llevar otros caracteres, no personales, no sé; se me ocurre religión, etc. Entonces este, en mí, no se hay una mayor probabilidad, que se presente G: Es que como dicen, es para sociabilizar no... Pero puede sociabilizarse sin el consumo, es que también M: Yo creo que es cosa de política, política del consumo del consumo porque, pus a las empresas le conviene vender alcohol, cuando no se por ejemplo los cigarros, el cuate dice... la caja dice "fumar daña... pero te mata" y yo tengo obviamente yendo a la farmacia y decirle meda 10 pesos de cáncer, pues obviamente sería como una demanda no. Pero es como ya la sociedad la ha representado así y no importa, también en las advertencias C: Yo digo en esta parte, Y es como dice la compañera es una droga legal, no, Pues sí.</p>

Los resultados en el proceso salud-enfermedad⁴⁶ mostraron cómo influye la percepción hacia el consumo de alcohol y alcoholismo. Los estudiantes mencionaron abiertamente que en el plantel se consume alcohol, ya sea en la mañana o en la tarde, no importa el semestre, la edad y género. Por otra parte reconocen que el consumo de alcohol en exceso es malo para el organismo y para la sociedad, ya que se genera un gasto que repercute en su economía, al igual que una dependencia al alcohol, así como de ponerse en riesgo de padecer algún accidente o tener problemas de salud, se asocia a la falta de rendimiento a

⁴⁶ *Ibíd*

académico y el no entrar a clases, o que en ocasiones se entre con aliento a alcohol, generar peleas, discusiones; o cosas extremas como lo es la muerte.

Los resultados de manera general, reflejan, la percepción que tienen los estudiantes de la UACM-SLT. Primeramente, se logra identificar el panorama de conocimientos que tienen acerca del tema. Posteriormente se identifican los significados que se tienen y que están determinados por la dinámica social y cultural que se van construyendo en el discurso implícito de la cotidianidad para dar sentido de pertenencia e identidad. Expresando principalmente en el uso del alcohol para convivir y sociabilizar, seguido de la obtención de las emociones de diversión, alegría y libertad, y sobre todo de: obtener la relajación de la tensión del estrés que genera la carga escolar; lo que refuerza el consumo de alcohol como parte del estilo de vida, de una posición social.

En cuanto a la metodología empleada se puede decir que el trabajo en grupo de reflexión y el cuestionamiento del espacio institucional, sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo, permitió en los estudiantes que pudieran considerar objetivamente el fenómeno desde otra perspectiva, que no es la de ser protagonista único aislado en el grupo de consumo; sino ahora, ser partícipe de sus percepciones grupales donde el haber podido manifestar sus conocimiento e inquietudes del tema les creó el reconocerse dentro del plantel y de lo que acontece a su alrededor.

Se puede decir que el considerar la visión social en lo que Eduardo Menéndez (1991) denomina: “proceso de alcoholización” y que tienen que ver con una serie de factores que se gestan en torno al consumo de alcohol, y las construcciones sociales y culturales que propician que el consumo de alcohol sea permisible y aceptado por la sociedad, y si además consideramos la visión de lo biológico, tomando en cuenta la clasificación del Dr. Jellinek respecto a las cinco distintas formas de alcoholismo, en dónde el *Alcoholismo beta (segundo en el orden de crecimiento del conflicto)* se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis; como dependencia física, y no se presenta el síndrome de

abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica). Nos dan un panorama amplio del fenómeno tanto de los factores sociales como biológicos que reconocen al consumo de alcohol y el alcoholismo como algo “Normal, Común o incluso Sano” en franca ambigüedad o contradicción mostrado por los especialistas en sus publicaciones, los cuales son seguramente una estampa real de la juventud y la sociedad en su relación con el alcohol.

Semblanza fotográfica del taller



6.2 Conclusiones / Discusiones

Por lo expuesto anteriormente las problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol y alcoholismo han sido y son abordadas desde diferentes disciplinas, lo que da un abanico amplio de temas en la construcción de conocimientos científicos biológicos y sociales, y por consecuencia “en su actuar ante el consumo y alcoholismo”; como ejemplo de ello son los aportes oficiales que se plantean desde la OMS/ OPS, en los años cincuenta al reconocer en los al alcoholismo como una enfermedad, y al diseñar estrategias para reducir el consumo de alcohol desde 1988, así como también de manera importante impulsar y apoyar investigaciones en torno a la frecuencia y cantidad en el consumos de bebidas alcohólicas así como del alcoholismo, cabe resaltar que se han diseñado e implementado diversas políticas públicas en salud para regular la producción o restringir la edad de venta de alcohol, entre otras acciones.

Se puede decir que México ha adoptado a través de los años varias de esas acciones con base en los saberes médicos y acciones políticas de otros países, al implementar institutos que atiendan la situación, también ha implementado estrategias como el programa del alcoholímetro; a través de sus instituciones ha implementado programas en salud, en políticas públicas y económicas incidiendo en la mercadotecnia y publicidad entorno al consumo; por otro lado procurando la atención médica a pacientes diagnosticados con alcoholismo (con base en el saber científico de que el alcoholismo se ve por el daño corporal o social que se provoca). Sin embargo, son poco significativos los resultados que se obtienen en el área clínica, en comparación al tamaño de la problemática.

Un problema importante es que se oculta la magnitud real del problema al dividir la morbimortalidad en patologías orgánicas (cirrosis, varices esofágicas, problemas cardiacos, daños asociados algunos canceres y más) y no ser diagnosticadas como primera causa al alcoholismo que provoco muchos de esos casos. Incluso el limitar su acceso por el aumento en costo de las bebidas, no ha

tenido el efecto de reducir el consumo ya que, se siguen consumiendo pese a su costo, sobre todo por la aparición y enorme crecimiento de oferta de bebidas alcohólicas de aparente menor graduación y menor costo, que por cierto se venden casi sin restricción, y ahora consumiéndose en niños y jóvenes. Y con esto aumentando los problemas sociales y de salud a edades más tempranas., y por supuesto provocando un fuerte aumento en (lo que cuesta a la población atender sus consecuencias negativas individuales y sociales.).

Ahora bien, podemos decir que esta investigación sólo abordo una problemática de salud individual y colectiva que involucra únicamente a los estudiantes de la UACM-SLT de manera muy en general ya que se trabajó solo con una muestra muy pequeña de población.

El conocer los significados que tienen los estudiantes sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo y cómo estos influyen en su proceso salud-enfermedad. Permite tener un primer acercamiento hacia la percepción y por ende a las conductas que los estudiantes de los distintos colegios tienen de la problemática en cuestión, y con base a los resultados obtenidos en la investigación y su relación con el marco teórico se puede concluir que:

a) Sobre la percepción que tienen los estudiantes del consumo de alcohol:

- Desde el primer semestre hasta el noveno, el consumo de alcohol no se percibe como un problema de salud, debido a que se considera una práctica normal de la sociedad.
- En cuestión de género el consumo de alcohol, se manifiesta sin distinción en los estudiantes, puesto que tanto hombres como mujeres afirmaron consumir alcohol. Cambiando el concepto de que anteriormente el consumo de alcohol se percibía para uso exclusivo de los hombres en lugares exclusivos.
- En la presente investigación se observa que el consumo de alcohol en las mujeres hay una respuesta distinta por cuestiones metabólicas y biológicas.

- La percepción que tienen los estudiantes sobre el consumo de alcohol es diferenciada por Colegios, ejemplo de ello, son los estudiantes del Colegio de Ciencia y Tecnología que consideran el consumo de alcohol como un aspecto negativo que puede influir en su desempeño académico.
- El consumo de alcohol es percibido como una práctica cotidiana que se realiza para divertirse y desestresarse.
- En la investigación los estudiantes expresaron que el consumo de alcohol funge como un medio para conseguir trabajo, amigos, estatus social.
- El consumo de alcohol no es considerado como una enfermedad.
- Los estudiantes refieren tener conocimiento de los efectos del consumo de alcohol dentro del organismo, debido a que manifestaron haber experimentado el consumo.
- En la investigación el consumo de alcohol para los estudiantes es considerado por la cantidad de alcohol que se bebe en determinado tiempo
- Los estudiantes tienen claro que el consumo de alcohol es una práctica positiva.

b) Sobre la percepción que tienen los estudiantes del alcoholismo:

- Los estudiantes asocian el alcoholismo con problemáticas de salud a nivel biológico y patológico destacando la cirrosis, daño hepático.
- El alcoholismo se percibe de manera negativa asociado principalmente con problemáticas de salud física, psicológica y social que se expresa con riñas, peleas, violencia física y psicológica.
- Los estudiantes perciben el alcoholismo como una enfermedad, que si tiene cura.
- Para los estudiantes el alcoholismo se debe a que ya no se tiene control en la forma de beber y de sus actos.
- Los estudiantes no profundizan en el tema de alcoholismo, no hay claridad en los factores que causa el alcoholismo.

- Los estudiantes perciben el alcoholismo solo como una problemática de afectación individual hacia el sujeto.
- El alcoholismo es considerado por los estudiantes como un consumo de alcohol en exceso sin haber diferencia.

Los significados que tienen los estudiantes del consumo de alcohol y alcoholismo:

- En ambos turnos del plantel SLT, se consume alcohol y los estudiantes conciben o construyen significados particulares sobre la cotidianidad.
- Los significados que se tienen en común del consumo de alcohol y alcoholismo, se perciben como diversión, libertad, convivencia o recreación y se presentan de igual manera en hombres y mujeres.
- Los estudiantes consideran que el consumo de alcohol tiene significados que se construyen socialmente, para darles un sentido de identidad grupal que origina la convivencia, diversión y moda con sus pares dentro de la colectividad universitaria.
- Los estudiantes expresaron que el consumo de alcohol dentro de un grupo social no es un medio de protesta para manifestarse o hacerse notar en la sociedad.
- Para los estudiantes de todos los colegios el consumo de alcohol y alcoholismo significa la posibilidad de socializar y compartir sus aprendizajes de manera colectiva.
- El significado del consumo de alcohol forma parte de la cultura que va cambiando con el lenguaje e ideas que surgen en cada contexto. Ejemplo de ello son algunas bebidas como el pulque que primeramente era considerado una bebida exclusiva para dioses y guerreros, posteriormente se les atribuyó el consumo solo para la clase baja: los pobres, por tener menor poder adquisitivo en comparación con el vino de mayor costo y para consumo de clases mejor acomodadas; actualmente el consumo del

pulque se retoma como una moda entre los estudiantes que comparten un mismo grupo social o incluso como una moda.

- Los estudiantes expresaron que dependiendo de la bebida que se consuma esta tiene propiedades curativas refiriéndose al vino y al pulque.

a) Proceso salud-enfermedad que se muestra en los estudiantes sobre el consumo de alcohol y alcoholismo:

- El perfil demográfico de los estudiantes es variado tanto en edad como en semestres que cursan, resaltando que fue mayor la participación de las mujeres.
- Los estudiantes encuestados de los tres colegios, perciben que en las instalaciones del plantel SLT se consume alcohol abiertamente, considerándose un espacio seguro para ingerir alcohol, por lo tanto, el plantel significa la posibilidad de contar con un espacio propicio para la convivencia y la socialización haciendo uso del alcohol.
- Las encuestas realizadas en la investigación reflejan que el mayor porcentaje de estudiantes no trabaja, lo que permite suponer que se dediquen a estudiar e inviertan mayor tiempo para la recreación y convivencia.
- Los estudiantes manifiestan que el consumo de alcohol es un problema cuando se cae en un exceso, además de que no se sienten transgredidos ni violentados por el grupo con el que están conviviendo.
- El consumo de alcohol y alcoholismo para los estudiantes es un factor que influye en la deserción escolar o el bajo rendimiento académico.

En resumen, se puede decir que los estudiantes de la UACM, de los tres colegios del plantel San Lorenzo Tezonco, perciben el consumo de alcohol y alcoholismo como “un problema que no es un problema” por la naturalidad con la que se vive, como una práctica cultural con la que se han ido construyendo y reproduciendo como reflejo de la sociedad que existe en el exterior del plantel San

Lorenzo Tezonco en la CDMX, en el país, y tal vez en el mundo, ya que encontramos en diferentes y múltiples investigaciones problemáticas similares en muchos países, así como también políticas universitarias para enfrentar el consumo y alcoholismo en su interior .

Si enfocamos que el consumo de alcohol y alcoholismo son ambos un problema cultural debido al sistema de ideas y creencias que se perciben, los significados juegan un papel importante para conocer cómo se interrelacionan con sus prácticas de convivencia; se puede afirmar que el consumo de alcohol genera prácticas y formas de relación y, por lo tanto de socialización, mediante las cuales se construyen diversos significados, puesto que como lo plantea Vigosky el abordar los significados parten de las ideas que se tienen y que“ [...] no sólo cumplen una función interna de representación, sino que también se desempeñan como instrumentos de comunicación, regulando nuestras relaciones con los demás” (Medina Liberty, 1995).

Sin embargo, la naturalidad de la problemática radica en que el alcoholismo y el consumo de alcohol son un problema de salud pública de manera distinta por tener un impacto y efectos diferentes, tanto en el organismo como en la sociedad; siendo principalmente el consumo el inicio que en algunos caso va aumentando en grados hasta ser excesivo, para llegar a convertirse en un consumo perjudicial, clasificado éste por estándares internacionales; en tanto que el alcoholismo es considerado como un problema al que se le da mayor atención por acarrear múltiples y varadas afectaciones agudas y crónicas (algunas degenerativas) al organismo, en donde además ya no hay un control del consumo, lo que en muchos casos provoca mayores problemas a su entorno social al afectar terceros.

Lo que resulta de esta investigación es que usualmente se tiene claridad “teórica y conceptual” por diferentes disciplinas y organizaciones nacionales e internacionales para diferenciar el consumo del alcoholismo, más sin embargo en la práctica cotidiana por los consumidores de bebidas alcohólicas suelen confundirse,—ya que se colocan al mismo nivel el consumo de alcohol y el alcoholismo cuando el primero es prevenible y controlable, el segundo es una

enfermedad que no tiene cura (según definiciones oficiales). Por lo que las recomendaciones que plantea la misma OMS para reducir el consumo de alcohol ayudan a enfrentar la problemática.

Dicha confusión y contradicción se refleja en lo que los estudiantes refieren, diciendo que hay un consumo entre ellos que es normal y controlado bajo los lineamientos de las instituciones, puesto que conocen los efectos del alcohol dentro del organismo. Y tienen claramente la idea de que su consumo no es alcoholismo (aunque sabemos de varios casos de conflictos serios en el plantel San Lorenzo Tezonco y que tienen relación directa con el uso del alcohol).

Por las conclusiones enumeradas y expuestas se puede decir que la ingesta de alcohol dentro del plantel es un reflejo de la sociedad en su conjunto y dicha actividad es observada como un hecho normal, y que su reglamentación (UACM) es significativa al solo prohibirlo, debido a que, para los estudiantes el consumo de alcohol es un derecho a su libertad y autonomía. Y que al transgredir esta norma es “solo es sancionable con base a las Normas de Convivencia, vigentes de la institución.

La contradicción que se observa en nuestra sociedad y en muchas instituciones educativas, radica en que, por un lado, el consumo de alcohol es permisible hasta cierto punto, debido a que se considera un “derecho a la libertad de consumo” y, por el otro, el consumo excesivo de alcohol es considerado como práctica que daña a la salud y sus efectos negativos se pueden prevenir siguiendo algunas recomendaciones de las instituciones de salud.

Por lo que se refiere a esta investigación, se puede decir que conocer los significados que los estudiantes tienen sobre este fenómeno, contribuyen a entender las conductas de los estudiantes y así poder incidir en la construcción de espacios saludables dentro de las universidades, para desarrollar una convivencia saludable, y no sólo verlo como un fenómeno social que tiene causas y efectos que le corresponde enfrentar al otro, a la autoridad.

Ante esto, es importante comprender que el consumo de alcohol en el plantel San Lorenzo Tezonco, forma parte de la construcción colectiva de significados de los estudiantes, de su idea o concepción de libertad, y de sus concepciones sobre sus procesos de salud-enfermedad.

Los significados con respecto al consumo de alcohol en la historia han sufrido cambios, ya que en épocas prehispánicas el consumo era exclusivo para rituales a los dioses y deidades, y contribuía a distinguir clases sociales o jerarquías.

Y en la actualidad, organizaciones como la OMS, y otras instituciones de salud como la OPS, FAO, clasifican a las bebidas alcohólicas como mercancías que producen desorden en la conducta humana, pero para quien las consumen tienen un significado positivo que satisface una necesidad o un estímulo positivo a su organismo, aunque también tiene un significado negativo provocando problemas de salud, todo depende de la forma de consumo y del referente social que se tenga.

Retomando a la Dra. Asa Cristina Laurell, quien dentro de sus planteamientos afirma que el proceso salud-enfermedad de carácter social, el cuál es determinado históricamente por lo que se puede decir que el consumo de alcohol no solo es de carácter biológico con un efecto patológico individual y social, sino que es importante considerar el proceso social, que existe entorno de los problemas que están en relación al consumo de alcohol y el alcoholismo; donde los estudiantes se insertan en un modelo de producción y reproducción social con las condiciones económica de las cuales dependen, en este sentido los estudiantes participantes reconocieron que tanto en el consumo como en el alcoholismo tienen problemas asociados a violaciones, accidentes, peleas y lesiones, embarazos a temprana edad o no deseados; y no solo el sentir una sensación agradable asociado a diversión, lo que influye en el acto de consumir alcohol. Sino de tomar en cuenta todos los factores que se crean alrededor de estos.

Además, el consumo de alcohol está en torno a la producción y distribución en un mercado que a la par se basa en estándares de varias graduaciones en la concentración de alcohol para su comercialización per cápita, para un mayor consumo, incluso a edades más tempranas lo desemboca en un consumo perjudicial para la salud. Mientras que detrás del alcoholismo no es solo el carácter biológico de la enfermedad sino también del contexto en el que sujeto vive la situación ya que en un contexto más desfavorable es mayor el deseo excesivo de consumir alcohol sin importar el daño.

Existen una serie de factores que hay que tomar en cuenta para explicar cómo el consumo de alcohol y el alcoholismo contribuyen en la producción de significados de los estudiantes y en sus procesos de salud-enfermedad. No obstante, se puede decir que, a través de la construcción de nuevos significados sobre el consumo de alcohol, se podría reflexionar y concientizar con los estudiantes para distinguir entre un consumo responsable y un consumo nocivo o perjudicial para ellos o incluso para terceras personas.

Y finalmente, aunque esta investigación es solo un pequeño acercamiento a la realidad, se puede evidenciar que es necesario tomar en cuenta la realidad social y el contexto en el que están inmersos los estudiantes de la UACM plantel San Lorenzo Tezonco; y con una lectura similar (pero de manera más amplia) se podrían diseñar programas de apoyo y difusión con otras instituciones y disciplinas y con especialistas en el tema para reducir el consumo y sus problemáticas; y mediante acciones comunitarias construir redes de apoyo y difusión, para promover foros o conversatorios de experiencias entre estudiantes a la par de poder construir entornos saludables, y con los resultados de la reflexión apoyar el desarrollo profesional óptimo, que incida positivamente en la detección temprana de un consumo excesivo para del alcoholismo y promoción en futuras generaciones de la universidad saludable.

Bibliografía

- Anderson P, Gual A, Colon J. (2008). *“Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas”*. Washington, D.C.OP.S, 2008.
- Anaya Merchant, L. (2007). *“Inventio la genesis de la cultura universitaria en Morelos”*. Dialnet, 27-34.
- Ángel Blanco, Francisco Javier Guijarro, Rafaela Pozas y Carmelo Uraga *Origen y evolución del término “alcohol”*, Grupo QUIMESCA (Química-Escuela-Casa)
- Armando Arredondo (1992), *“Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad”*. Cad.salud Pública, vol.8.
- Arcila Mendoza, P., Mendoza Ramos, Jaramillo,J., & Cañón, O. (2010). *“Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen”*. Diversitas Perspectivas en Psicología.
- Babor T.,Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., Grube J., Hill L., Holder H., Homel R., Livingston M., Ôsterberg E., Rehm J., Room R., Rossow R. (2010). *“El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas”*. Segunda Edición. OPS.
- Blanco, Á., Guijarro, F., Pozas , R., & Uraga, C. (s.f.). "Origen y evolucion del termino alcohol". *Grupo QUIMESCA (Química-Escuela-Casa)*, 81-83.
- Corcuera de Mancera, S. (2010). *" El fraile, el indio y el pulque: evangelizacion y embriaguez en la nueva España (1523-1548)"*. México: Fonde de cultura economica.
- Durkheim E. (2001).” *Las reglas del método sociológico”* Fondo de cultura económica, México.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: *Reporte de Drogas*, Primera edición 2015 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017). "Reporte de alcohol 2016-2017 " Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM): ENCODAT, México
- Fernández Cáceres, C. (2014). *Consumo de drogas"Riesgos y consecuencias"*. Tlaxcala 208, México: Centros de Integracion Juvenil, A.C.

- Fournier García, P., & Mondragón Barri, L. (2012). " *Las bebidas mexicanas. Pulque, mezcal y tesguino*". *Arqueología Mexicana*(114), 52-59. Recuperado el 18 de marzo de 2018
- García, A. (s.f.). " *Influencia política y educativa de la Escuela Nacional de Jurisprudencia (1910-1933)*". México: UNAM. Documento interno del Centro de Estudios sobre la Universidad,.
- García, A., & Bertomeu, J. (1999). " Nombrar la materia. Una introducción histórica a la terminología química". Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Guzmán Pizarro L. Angulo A., Cardenas. D. (2016). " *Introducción a la promoción de la salud*", UACM,. México D,F: UACM.
- Jarpa Arriagada, C. ((2002).). " *Mediación social: Construcción social de un significado*". *Theoria*, 11 (1).
- Ladero Quesada, J. M., & Lizasoain Hernández, I. (2009)." *Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda*". En F. P. Lozano, *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. Buenos Aires; Madrid: Panamericana.
- Luís, Villar, M. A., & Ramírez, L. C. (2008). " *Surge en mi otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas*". *escola anna nery revista de enfermagem, diciembre* 693-698. Recuperado el 26 de agosto de 2018
- Marsiske, R. (2006,). " *La universidad de México: Historia y Desarrollo*". *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, vol. 8, , 11-34. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia Boyacá, Colombia
- Menendez , E. (1991). *Antropología del alcoholismo en México"Los límites culturales de la economía política 1930-1979"*. México: Ediciones de la casa chata, Ciesas
- Menendez , E.(1990). " *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*" México, Ediciones de la casa chata, Ciesas
- Mendoza Rodríguez J. (2009) " *La mirada Medico-Social de la Promoción de la Salud*", documento interno de la academia de promoción de la salud-UACM, México.
- Organización Mundial de la Salud, (2010), *Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*: D.C. OMS
- Olivier, G. (2012). " *Los dioses ebrios del México antiguo. De la transgresión a la inmortalidad*". *Arqueología Mexicana*(114), 26-33. Recuperado el 25 de marzo de 2018

- Organización Panamericana de la Salud, (2007) *Alcohol y Salud Pública en las Américas, un caso para la acción*. Washington, D.C, PAHO: OPS
- Organización Panamericana de la Salud, (2008), Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Diagnóstico y tratamiento, OPS, Washington, D.C
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008), Capítulo de Alcohol. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011), Capítulo de Alcohol. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Pereiro Gómez C. (2009). "Manual de Adicciones para Médicos", sociodrogalcohol, España
- Puig Nolasco, C. R. (2011). "Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.
- Pulido, M., Tovilla, A., Lanzagorta, N., Espinosa, V., Mendivil, C., Calvo, I. y García, G. . (2011). "Consumo de drogas y alcohol en estudiantes de dos universidades privadas de la ciudad de México: Resultados de la Encuesta 2002". Ciudad de México: Psicología Iberoamericana,.
- Restrepo E. & Malaga H. (2001). "Promoción de la Salud: Como Construir Vida Saludable", Editorial Medica Internacional, Bogotá
- Rosovsky, H. (2009). "Alcohólicos Anónimos en México: Fragmentación y fortalezas", *desacatos*. México: Central Mexicana .
- Sanpieri et al (2006), "Metodología de la investigación", 4 edición, Mc Craw Hill.
- Trejo Velázquez Marco A. (2017) "Convivencia urbana de los pueblos originarios: Iztapalapa, Ciudad de México", Revista Pueblos Originarios.
- Velasco Fernández, R. (1995). Alcoholismo: Visión integral. México: Editorial Trillas, México.

Fuentes electrónicas

CONADIC, (2012). Prevención de las adicciones, México. Consultado 13 de mayo 2020. En: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la fuente Muñiz, (2018). México. Unidad de Encuestas y Análisis de Datos. Consultado el 25 de mayo del 2018. En: <http://www.inprf.gob.mx> <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx>

CJ, (2019). Consumo de sustancias adictivas, México. Consultado 25 de mayo del 2018. En: <https://www.gob.mx/salud/cij>

Tribunal de la Suprema Justicia de la Nación, (2018). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México. Consultado el 07 marzo 2018. En: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc>

Tribunal de la Suprema Justicia de la Nación, (2018). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México. Consultado el 07 marzo 2018. En: Consultado en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>

Alcohólicos Anónimos (2018). Estructura orgánica de AA, México. Consultado el 20 mayo 2018. En: <http://www.aa.org.mx/>

Alcohólicos Anónimos (2018). Principios de AA, México. Consultado el 20 mayo 2018. En: Consultado en: https://www.aa.org/assets/es_ES/smf-165_sp.pdf

Central Mexicana de AA. (2018). Formas de trabajo de AA, México. Consultado el 20 de mayo 2018. En: <http://www.grupos24horas.org/nom-028-tres-lineamientos.html>

Clínica centro de Tratamiento en Adicciones (2018). Modelo de atención. Consultado 25 mayo 2018. En: <https://oceanica.com.mx/>

INSP (2016). Curso de consejería breve para el consumo nocivo de alcohol "Panorama epidemiológico y consumo de alcohol", México. Consultado agosto 2016.

Consultado en: <https://www.efe.com/efe/america/mexico/mexicanos-recurren-a-juramentos-religiosos-para-vencer-adicciones/50000545-3337462>

SSA, (2018). Antecedentes de promoción de la salud, México. Consultado julio 2018. En: <https://www.gob.mx/salud/documentos/direccion-general-de-promocion-de-la-salud>

Orden jurídico, (2019). Decretos de demarcación, México. Consultado mayo 2019. En: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/estatal/distrito%20federal/delegaciones/iztapalapa/iztpro01.pdf>

INEGI (2015). Datos en adicciones “alcohol”, México. Consultado junio 2018. En <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/>

UACM, (2018). Decreto de creación, México. Consultado julio 2018. En: <https://www.uacm.edu.mx/UACM/ModeloEducativo>

Consultado en:<http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Informe2015.pdf>
[En línea] consultado en:

DRAE, (2019). Conceptos y Definiciones, México. Consultado 216 de agosto. En <https://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>

IAPA, (2018). Panorama Epidemiológico “Alcohol”. México. Consultado julio 2018. En: <https://www.iapa.cdmx.gob.mx/>

ANEXOS

ANEXO 1

Clasificación del consumo de acuerdo a estándares de la OMS.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste; la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión.

ANEXO 2

Referentes que se manejan en la prueba AUDIT, como tamizaje en el patrón de consumo de alcohol.

AUDIT: Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, por sus siglas en inglés (Alcohol Use Disorders Identification Test). Se utiliza para identificar a las personas con un patrón de consumo en riesgo, peligroso o problemático de alcohol.

Consumo en riesgo: De acuerdo con la versión corta del AUDIT, se tiene una calificación de 4 a 7 puntos y se define como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito de consumo persiste.

Consumo peligroso: De acuerdo con la versión corta del AUDIT, se tiene una calificación de 8 a 12 puntos y se define como un patrón de consumo establecido que conlleva un alto riesgo de dañar la salud física o mental en el futuro, pero que aún no ha producido efectos médicos o psiquiátricos nocivos de importancia. Por lo tanto, la presencia de un riesgo alto de daños a la salud es crucial para el concepto de consumo peligroso.

Consumo problemático. De acuerdo con la versión larga del AUDIT, se tiene una calificación de 8 puntos o más y se define como aquel que conlleva consecuencias para la salud física, mental y social causados por el consumo de alcohol.

Consumo excesivo de alcohol: Se refiere al consumo de 5 copas o más en una sola ocasión y que haya sido durante el último mes.

Percepción de riesgo de consumir alcohol: Es el grado de peligrosidad que el estudiante atribuye a las consecuencias negativas de consumir alcohol.

Prevalencia alguna vez o total: Se refiere a la prevalencia global de consumo en la vida, aun cuando el individuo haya consumido alguna bebida con alcohol una sola vez.

La prevalencia como tal, es el porcentaje de individuos que reúnen esta condición, entre el total de individuos del mismo grupo de referencia.

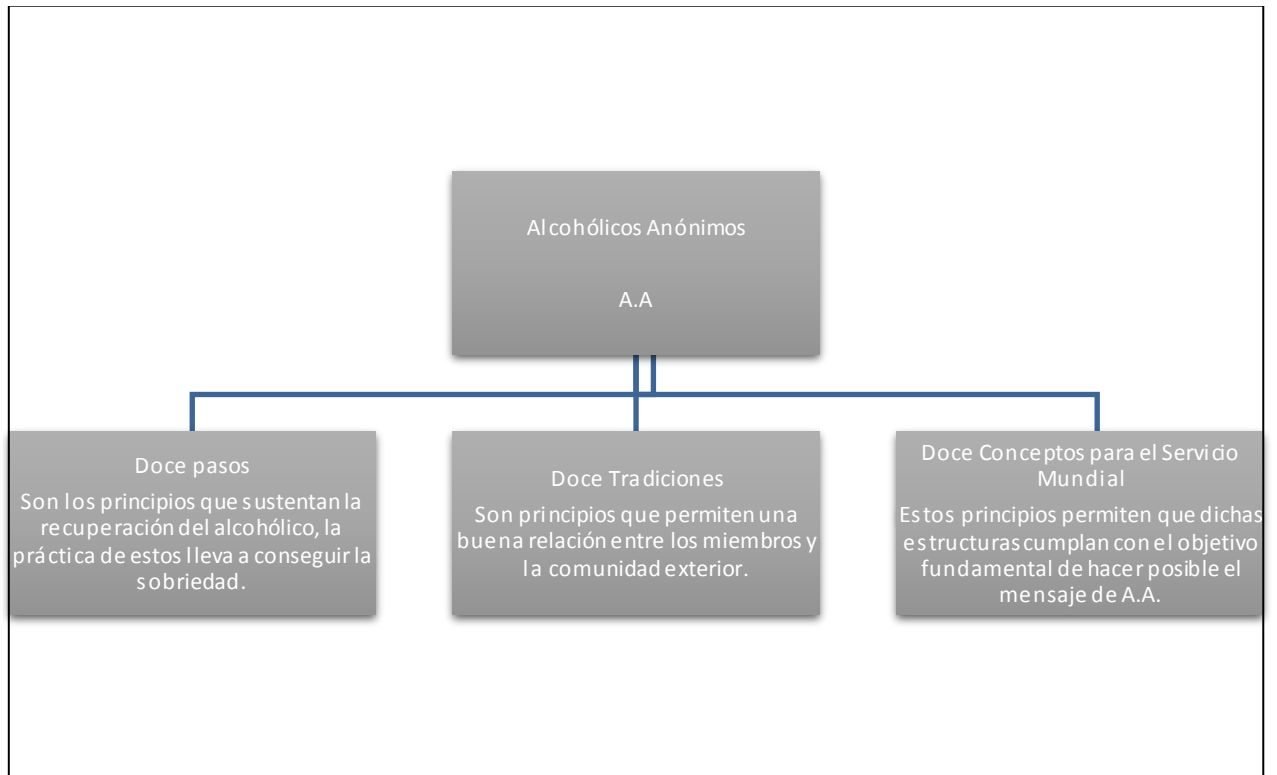
Prevalencia anual o en los últimos 12 meses: Se refiere al consumo de bebidas con alcohol el año previo al levantamiento del estudio. La prevalencia como tal, es el porcentaje de individuos que reúnen esta condición, entre el total de individuos del mismo grupo de referencia.

Prevalencia mensual o en el último mes: Se refiere al consumo de bebidas con alcohol en los 30 días previos al levantamiento del estudio; también se le conoce como prevalencia actual. La prevalencia como tal, es el porcentaje de individuos que reúnen esta condición, entre el total de individuos del mismo grupo de referencia.

Tolerancia social al consumo de alcohol: Se refiere a la aceptación o rechazo hacia el consumo de alcohol por parte de la familia, los amigos o maestros.

ANEXO 3

Cuadro a detalle sobre las consideraciones de los 36 principios de AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de sesiones de trabajo de A.A.

ANEXO 4

ESTIMAR UNA MEDIA	
Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	6873
Nivel de confianza o seguridad (1-α) (El nivel de confianza puede ser al 95% o 99%)	95%
Precisión (d)	3
Varianza (S^2) (De la variable cuantitativa que se supone que existe en la población)	475 Este val
TAMAÑO MUESTRAL (n)	197
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	232

ANEXO 5

Formato de encuesta aplicada a estudiantes de la UACM-SLT durante el semestre
2019-I

Universidad Autónoma de la Ciudad de México **UACM**
Nada humano me es ajeno

ENCUESTA SOBRE:

“Significados que tiene los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo; y como contribuye en su proceso salud-enfermedad; una mirada desde la promoción de la salud”

Esta encuesta no requiere de tus datos personales por lo que es de carácter ANÓNIMO, con fines académicos; te pedimos contestar con la mayor veracidad posible.

INDICACIONES: lee con atención cada una de las preguntas y contesta marcando con una (X) la respuesta de tu elección, si tienes alguna duda no dudes en preguntar.

Edad: ____ Sexo: Mujer () Hombre () Plantel: _____ Turno M () V () Colegio: _____ Licenciatura: _____

Semestre: ____ TRABAJAS SI () NO () ENQUE TRABAJAS: _____

I.- CONOCIMIENTOS BIOPSIICOSOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO.			
1	¿Consideras que el consumo de alcohol y el alcoholismo son lo mismo?	SI	NO
2	¿Crees que el consumo de alcohol es una enfermedad?	SI	NO
3	¿Conoces los efectos del consumo del alcohol en el organismo?	SI	NO
4	¿Crees que cuando se consume alcohol el organismo de la mujer responde igual que el del hombre?	SI	NO
5	¿Crees que el consumo de alcohol a edades tempranas afecte el desarrollo neuronal?	SI	NO
6	¿Crees que el alcoholismo es una enfermedad?	SI	NO
7	¿Crees que en el plantel de la UACM-SLT se consume alcohol?	SI	NO
8	¿Crees que los estudiantes solo consumen para sociabilizar?	SI	NO
9	¿Alguna vez has consumido alcohol?	SI	NO
10	¿Alguna vez has consumido alcohol dentro de la universidad?	SI	NO
11	¿Crees que el consumo de alcohol solamente tiene que ser dentro de grupo social?	SI	NO
12	¿Crees que la edad sea un factor para el inicio en el consumo de alcohol?	SI	NO
II.- PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN RELACION AL CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO			
13	¿Crees que el consumo de alcohol sea una de las principales causas de enfermedad entre los jóvenes?	SI	NO
14	¿Crees que los jóvenes solo consuman alcohol para convivir?	SI	NO
15	¿Consideras que el consumo de alcohol influya en el desempeño académico?	SI	NO
16	¿Crees que el consumo de alcohol es un factor para causar deserción escolar?	SI	NO
17	¿Crees que el consumo de alcohol cambie el estilo de vida de los estudiantes?	SI	NO
18	¿Crees que el consumo de alcohol sea una causa de problemas sociales como: violaciones, abusos sexuales, embarazos no deseados o a temprana edad, accidentes automovilísticos, robo?	SI	NO
19	¿Crees que el consumo de alcohol y alcoholismo sea un factor que afecte a la economía de los estudiantes?	SI	NO

20	¿Crees que el consumo de alcohol en los estudiantes necesita ser controlado?	SI	NO
21	¿Crees que el consumo de alcohol es una forma de manifestación social de los jóvenes?	SI	NO
22	¿Consideras que las mujeres beben más que los hombres?	SI	NO
23	¿Crees que el consumo de alcohol se ha incrementado en las mujeres?	SI	NO
24	¿Crees que el consumo de alcohol solo afecta a quien lo consume?	SI	NO
25	¿Crees que una persona que en una ocasión bebe demasiado alcohol tiene problemas de alcoholismo?	SI	NO
26	¿Crees que el alcoholismo necesita de atención especializada?	SI	NO
27	¿Sabías que? En 1956 la OMS, designo oficialmente el alcoholismo como una enfermedad	SI	NO
28	Crees que el alcoholismo es un problemática de salud que no solo afecta a quien lo consume si no que impacta en toda la población	SI	NO
29	¿Crees que es el sector salud invierte parte de su presupuesto en atender a pacientes con problemas de alcoholismo?	SI	NO
30	El Dr. Rafael Velasco Fernández (1995), afirma desde una visión integral que “el alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo genético, fisiológico, neurobioquímico, patológico, sociológico, antropológico y cultural” ¿Estás de acuerdo con la definición del Dr. Rafael Velasco Fernández?	SI	NO
31	Para el doctor Mark Keller el alcoholismo es “un trastorno de la conducta que se manifiesta por la ingestión repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que provoca un comportamiento anormal o desviado y que daña el funcionamiento social, económico o la salud de quien la ingiere” ¿Estás de acuerdo con la definición del Dr. Mark Keller?	SI	NO
32	¿Crees que el alcoholismo tiene cura?	SI	NO
33	¿Crees que el consumo de alcohol y alcoholismo en la universidad sea un problema social que necesita ser abordado?	SI	NO
34	Crees que el significado que los estudiantes tienen del consumo de alcohol y alcoholismo sea un factor que influya en ellos.	SI	NO
35	Crees que el alcoholismo es un problema de tipo:		
	Biológico	SI	NO
	social	SI	NO
	Ambas	SI	NO
36	¿CUANDO CREES QUE EL CONSUMO DE ALCOHOL SEA UN PROBLEMA DE SALUD?		
	cuando se consumen más de 3 copas en una ocasión	SI	NO
	cuando rompe con las reglas sociales y leyes	SI	NO
	cuando afecta la salud de la persona que lo consume	SI	NO
	cuando afecta a la sociedad	SI	NO
	cuando afecta a la economía de la persona que lo consume	SI	NO
	Todas las anteriores	SI	NO
37	Crees que en la universidad exista estudiantes con problemas de alcoholismo	SI	NO

¡Muchas gracias por tu participación!

Anexo 6

Formato del instrumento para trabajo con grupo focal

Universidad Autónoma de la Ciudad de México **UACM**
Nada humano me es ajeno

GUÍA DE TÓPICOS PARA EL TRABAJO CON GRUPOS FOCALES

Preguntas-estímulo	
1	¿Cuál es su nombre o como desea que le llamen? ¿Qué semestre cursa? ¿Qué licenciatura estudia? Edad ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?
	¿Qué saben ustedes sobre el consumo de alcohol?
	¿Qué saben ustedes sobre el alcoholismo?
	¿Qué es para ustedes los significados?
	¿Qué nos pueden contar ustedes sobre el consumo de alcohol en lo que refiere a los estudiantes de la UACM-SLT
5	¿Creen que dentro de la universidad el consumo de alcohol sea un problema?
6	¿Creen que dentro del plantel se consuma alcohol?
7	¿Qué significado creen que tiene el consumo de alcohol para los estudiantes del plantel?
8	¿Qué significado creen que tiene el alcoholismo para los estudiantes del plantel?
9	¿Cómo creen que los estudiantes construyen esos significados?
11	¿Cómo influyen en la salud- enfermedad el consumo de alcohol y alcoholismo?
12	¿Cuáles consideran ustedes los problemas más importantes relacionados al consumo de alcohol y alcoholismo en los estudiantes de la UACM-SLT
13	¿Cuáles son los valores, percepciones, y expectativas de los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol
14	¿Quieren añadir algo?
En caso de que haya dudas o inconsistencias, los investigadores deberán realizar preguntas concretas relacionadas con los temas señalados. Al finalizar la sesión es necesario agradecer la participación del grupo.	

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 7.

Transcripción de entrevista focal

<p>Tema: significados del consumo de alcohol y alcoholismo en estudiantes de la UACM-SLT durante el semestre 2019-I Fecha: 14 de mayo del 2019. Duración: 45min Lugar: UACM-SLT, aula A-108 Facilitadora: Mariana Guadalupe Ríos V. (MGRV)</p>	<p>Participantes: Sthephany (S) Miriam (Mí) Karen Andrea (KA) Katia (K) Mario (MAR) Carlos (C) Guillermo (G) Lucero (L) Noemi (N) Escarlet (E)</p>
---	--

MGRV: Puedo poner sus experiencias y grabarlos en audio para dejar la semblanza. Si los ponemos directamente aquí (en el papel), o en la hojita que les parece.

C: No sé, tú como veas.

MGRV: ¡Sí!. Bueno si quieren yo voy escribiendo y ustedes me van diciendo.

Ruido de papel y cinta adhesiva

GRUPO: ¡Sí!

MGRV: Es sobre...primeramente ¿Qué saben acerca del consumo de alcohol? , si quieren lo manejamos por separado.

Grupo: ¡Sí!

MGRV: ¡Bueno! ya me presente pero soy Mariana, soy de Promoción de la Salud, este... Alguien de ustedes quiere decir su nombre, si quieren empezamos por acá Este [...]. Nos presentamos.

Risas

Guillermo

Carlos,

Mario,

Karen Andrea

Miriam

MGRV: Tu compañera

MGRV: Katia

Karen

Noemi

Escarlet

MGRV: Mucho gusto, gracias por su apoyo de antemano y... se los agradezco no.

MGRV: entonces, este..., pues es que muchas veces hemos crecido con conceptos, pero..., a veces los vemos normal y no sabemos, o algo que conocemos y ya vemos.

¿El consumo de alcohol que es? ¿Qué saben acerca del consumo de alcohol?

Mí: Qué es una droga legal.

MGRV: Ha aja, Y algo más.

S: Que en exceso puede causar cirrosis

MGRV: Ha aja.

C: Es una bebida social.

MGRV: Puedo cerrar.

¡Sí!

Bebida social.

Si, aja

MGRV: Alguien más.

M: Hace daño

Hace daño a ha. Provoca alegría.

MGRV: Provoca alegría

Mí: ¡Sí!

M: Qué... Es toxica. Perjudica al hígado

Entonces...algo Más.

K: Provoca alucinaciones, también Provoca daños a los riñones.

Perdón.

Provoca daños a los riñones en exceso, dañan el cuerpo.

MGRV: Daños al organismo, vamos a ponerle, en exceso ya le habíamos puesto..., ha no, perdón

MGRV: Algo maás.y sobre el consumo... y sobre el alcoholismo.

C: Es una enfermedad.

K: Es una enfermedad.

KA: Causa muerte.

MGRV: Daña al sistema y causa muerte

Causa enfermedad

MGRV: Del alcoholismo que... Algo más que saben

G: Causa depresión

C: provoca cirrosis también

Hajaa...algo más

[Silencio]

MGRV: algo con que lo...en su día a día lo vean, o que lo escuchen...

S: Provoca dependencia.

M: Dependencia.

N: Dependencia.

¡Sí!

C: Provoca alegría.

Mí: Para muchos es su vida normal.

MGRV: vida normal...alguien dijo alegría, alguien dijo alegría... provoca alegría

[RISAS]

G: ¡Sí! Ya lo vamos a ver llorando

KA: Ya anda alegre, como dijeron.

S: Puede ser también las dos cosas.

N: También puede, como ser psicológicas.

MGRV: Enfermedades psicológicas.

MAR: Y no solo enfermedades, sino como...

angustias, depresión, que algo psicológico puede provocar el consumo de alcohol y convertirse en

algo cróniconológico como lo es el alcoholismo.

MAR: Es como los excesos.

MGRV: Entonces, que más.

C: Por moda.

MGRV: Moda.

MGRV: ¿Creen que por moda?

G: Se pusieron de moda los puestos tragos.

[Risas]

MAR: Haa no en consumo de alcohol, el alcoholismo es moda, escolar.

MGRV: Remonta a que es una moda, bueno la idea.

Moda Alcoholismo.

Se pusieron de acuerdo.

MGRV: Consumimos alcohol por moda...

E: ¡Sí!

K: Así.

K: Por convivencia, también.

MGRV: Por Cuál.
 G: Por conveniencia.
 K: ¡Sí!
 MGRV: ¡Cuál!
 G: Consumo de alcohol por CONVIVENCIA
 E: ¡Sí!
 K: Si... por no sentirse solos.
 Consumo de alcohol.
 C: igual por los prejuicios.
 MGRV: En cuál.
 C: En consumo de alcohol.
 MGRV: Prejuicios.
 C: ¡Sí!
 G: La pobreza.
 MGRV: La pobreza. Cuál.
 MAR: Alcoholismo.
 En cuál.
 MGRV: Aumenta la pobreza, Ósea, ya somos pobres y aumenta la pobreza.
 [Risas]
 K: Sí.
 G: Una bebida ya te cuesta cara realmente
 Hay me espanto
 P: ¿Qué?
 [Risas]
 P: Que está pasando.
 Estamos exponiendo ya profe... jajaja
 K: Nos adelantamos jajaj con la de...
 MGRV: Es que les comentaba a los chicos de la entrevista, de alcoholismo si me apoyaban lo que llegaba usted...
 Ok. ¡Sí!
 MGRV: Les comentaba que es parte de la metodología
 P: ¿Cuánto tiempo más necesitas?
 MGRV: 5 10 minutos.
 Ok. Terminalo.
 MGRV: Continuamos con la parte de significados, cuando escuchamos hablar de los significados como a que nos remonta, ósea escuchar esa palabra para ustedes que significa.
 G: Tomar da posición social.
 C: Si tomar te da posición social.
 MGRV: Da posición social.
 G: ¡Sí!
 C: Te abre las puertas del trabajo, empleo.
 K: Si.
 C: Si, cuando tienes un trabajo, en un momento tienes que sociabilizar.
 [Risas]
 MGRV: He la temática que estamos abordando el consumo de alcohol y alcoholismo es estudiantes en general en la universidad, pero para los chicos en general que significados creen que ellos le dan,

para ellos sobre el consumo de alcohol y el de alcoholismo; ellos que significados le dan.
 MGRV: Si entendemos a significados como las ideas, esta forma de adquirir los conocimientos que se van formando, en general entonces, que significados creen ellos le darían a estos dos.
 P: El consumo de alcohol sería la cantidad de bebida que se ingiere.
 MGRV: Consumo de alcohol sería la cantidad
 P: Sí, Bueno para mí.
 MGRV: Entonces tú dices que el consumo de alcohol es la cantidad de bebida.
 G: ¡Sí!
 MGRV: Bueno, tú decías que también es para conseguir trabajo.
 E: Si muchas de las veces, ocasiones.
 N: Yo creo que para los estudiantes es convivencia, es destres.
 MGRV: Destres.
 N: Aja, Si.
 KA: ¡No!
 E: Convivencia, diversión.
 L: Convivencia diversión, igual para pertenecer a un grupo social.
 E: Aun que muchas veces... Sí.
 MGRV: ¿Y creen que sea una problemática el consumo de alcohol en los estudiantes?
 G: No, creo.
 N: No. Todo.
 K: Yo digo que Sí.
 MI: Si. Si porque de ahí desencadena.
 MI: Enserio.
 MGRV: Desencadena que...
 MI: Una problemática.
 L: Si, Puede ser. Porque también, primero... desencadena un bebedor social y luego ya se te vuelve una problemática.
 M: Yo creo que depende del estudiante.
 MGRV: Depende del estudiante
 M: ¡Sí!
 MGRV: ¿Entonces cuando se es bebedor ya llega a ser un problema?
 C: Mmm.
 MGRV: Como
 C: Qué sí, es un problema. Cuando consumen alcohol los estudiantes, pero empieza por consumirlo.
 E: Yo digo que ¡sí!
 G: En exceso, ¡sí!
 MGRV: En exceso Y cuando, cuanto es un exceso, como sabemos que se llega a un exceso
 E: Cuando no tienes, pierdes el control sobre, yo digo.
 MGRV: Ósea cuando ya no hay un control.

E: ¡Sí!

G: Y eso como lo determinamos nosotros mismos.

C: Yo bueno yo por ejemplo cuando ya me siento mareado, o ya no tomo yo.

[Risas]

L: A mí no me gusta, pero no sé.

C: Y conocen los efectos del consumo de alcohol en el organismo, o sea me siento mareado y hasta ahí, pero en a las compañeras, está ya llevan cuantas y también dicen, también se marean.

KA: Por qué las mujeres creo que no... algo de la absorción del alcohol por eso, por ejemplo vamos más al baño cuando tomamos cerveza que los hombres, porque tenemos diferente metabolismo al de los hombres.

K: Aja.

KA: Creo que muchos de los factores como que... peso, ¡algo así!

MI: La concepción física de cada uno.

MGRV: Si, entonces ya para recapitular.

MGRV: Si consideran que el consumo de alcohol es un problema.

C: ¡Sí!

MGRV: El consumo de alcohol es para sociabilizar los chicos.

C: Sí.

MGRV: Algo que quisiera aportar cada uno para cerrar con esta temática, alguna experiencia una reflexión, o sobre el tema.

G: Yo no tomo.

C: No toma.

Nunca ha tomado.

[Risas]

MGRV: Pero estos significados como dicen, creen que se construyen en la universidad, en el espacio en que estudian?

G: Mira yo nunca he tomado pero si tengo la experiencia de ver a pacientes, que llegan, he... que los llevan, en un estado de aflexis, esto es llegan temblando, un temblor excesivo, y los llevan con la boca totalmente seca y totalmente pálidos y este...hay que ponerles suero; es una gran lata en esto de atender a estas personas, porque tienen una necesidad de ... por otro lado te tratan , pero como le vas a administrar el el tratamiento a un paciente que se encuentra en este estado si no coopera, pero tienes que sujetar para ponerle los aditamentos que se necesitan, entonces te das cuenta de que muchas veces se lo quitan o gritan o están muy rebeldes, mujeres que ya no quieren al marido, o que tienen que estar en el hospital ahí y lo mandan, y yo no sé si también es lastima.

MGRV: O sea que tú lo consideras como una problemática.

G: Así es.

MGRV: Alguien más que quiera compartir su experiencia o sugerencia o algo que decir, dicen algunos Yo no consumo pero...

MAR: A lo mejor la sociedad y uno como estudiante y los mismos compañeros... como que hasta, a veces cuando no uno no quiere y nadie te quiere pero... o eres te dicen que eres payaso, o sea la misma sociedad lo ve normal el tema de alcoholismo no debería de ser así.

K: Y se ve normal Exacto se está normalizando la temática de consumo de alcohol.

MAR: Tanto el alcohol, como el tabaco pero creo que más el alcohol, si se ve normal.

P: Yo tengo una pregunta, cual es la metodología que estas ocupando.

MGRV: Sobre el consumo en relación al proceso salud- enfermedad.

MGRV: Alguien más.

S: Yo digo que hay una relación muy estrecha en el consumo de alcohol y alcoholismo

C: Es que...Aja.

C: No sé si cuando estudios el consumo una copa de vino al día o una cerveza...el alcoholismo es El 7 5 % acompañan sus alimentos con alcohol es parte de su vida y no en exceso.

C: En exceso a lo que iba es que...

Es lo que iba.

MGRV: En exceso.

C: Parte de la cultura de ellos, pero no llegan a ser alcohólicos, por la cultura.

MGRV: ¿Y nuestra cultura también influye en...?

MAR: Pues yo digo que también se puede dar no...¡Que! Algunos llegar a consumir y no ser alcohólicos.

MGRV: Entonces si hay alguna diferencia entre este y este.

G: Si...

C: Si yo creo que si hay similitud pero no hay diferencias.

S: La similitud es el hecho de que se consume alcohol en los dos.

MI: mmmm.

G: Hora un amigo en psiquiatría, te dicen que una copa así de alcohol diaria es alcoholismo, consumo de alcohol es una vez allá cada semana, cada quince días y así y no es muy dependiente de ellos E: No solo es una enfermedad.

KA: Aja.

C: Luego hay enfermedades que te dicen que te tomes una cerveza al día.

N: ¡No!

K: No.
KA: Aja.
C: Sí.
[Risas]
P: No dice de cual, pero es interesante, te dicen que el 90 o 80%, los medios lo mandan al público, esto que dices.
C: ¡Sí!
[Risas]
MAR: Pero también hay estudios Si no mal recuerdo en los últimos años donde afirman que una cerveza al día es buena para tu el organismo. Pero no se ya hay habría que ver.
MGRV: Es a lo que vamos, he... tú compañero claro dices, es como la cómo se va construyendo los significados, Es que un estudio dice que la cerveza diaria ayuda a la salud.
K: Una cerveza.
MGRV: Entonces es como de cierta manera nos vamos construyendo ideas, significados como parte de nuestro entorno, en nuestras sociedades, de nuestra cultura.
KA: Es como la copa de vino que tienen antioxidantes.
G: También tiene propiedades, vino tiento
P: Es para justificar el alcoholismo, pero hay muchas complicaciones en Europa, que dicen que cada bebedor es como tomar un vaso de Coca-Cola conceptos de un francés, un italiano que tienen esa costumbre viven mucho tiempo y gozan de buena salud.
P: Vive mucho tiempo, gozan de buena salud
MGRV: Entonces aquí se habla cuando es un exceso, cuando se bebe con control y cuando es para sociabilizar.
N: Bueno yo creo mmm. Yo creo que por ejemplo en una boda no yo fui y me dieron alcohol para brindar y pusieron wiski o creo tequila o algo y no lo vi mal, creo no era cerveza, pero creo en una boda, XV, años en esos lugares en estos lugares se ve normal que se maneje.
Entones Para sociabilizar no, tuviste una experiencia gruesa.
C: Aja, normal.
KA: Y no me puse borracha y nada por el estilo
MGRV: O sea si hubo un control como dicen ellos
N: Es que alcoholismo y consumo es cuando ya no hay un control, pero como dicen ellos una copa diaria ya eres alcohólico, entonces ahí ya...
C: Dos... jajá
MGRV: Una copa ya eres alcohólico
G: Si una copa...Esta escrito, hee una copa diaria no, y te hablan esos...hee que le llaman caballitos, y con una de esas la persona ya es alcohólica.

MGRV: Y creen que aquí en la universidad consuma alcohol.
G: ¡Sí!
C: ¡Sí!
N: Aquí, sí.
K: No pues aquí si hay.
MAR: Para sociabilizar.
L: ¡Sí!
E: Para compañía
MAR: Yo creo que los funcionarios lo toman, no d de un principio, es curtido si eres vino, tomas vi para sociabilizar
C: También hay, bueno... igual he conocido a ger que por estar en otra religión no hay consumo
S: Exacto, Incluye en la vida cuestiones, a lo q vamos los significados, como dice el compañero, religión le prohíbe tomar, entonces es significado que le da no...
C: Per también por ejemplo, la iglesia pues te vino cuando te da la ostia
M: Entonces está ahí la otra parte no, para otros iglesia te da vino.
K: Jajá.
[Risas]
C: Hay que ir a la iglesia.
MGRV: Pues sí, entonces, si influye mucho construcción que tenemos de los significados y que le damos para poder tomar una decisión, no
G: Prevenir, más que dejar su cara y más por adicción, que por...
S: Esta bien.
MGRV: Entonces es una adición también
C: Una copa de vino.
KA: En exceso es malo.
[Risas]
N: Es malo.
MGRV: Es a lo que vamos, cuando si es un exce: y cuando es lo permitido quien no lo dice, como sabemos con...
G: Es que no se si hay estudios, sobre nose... p ejemplo sobre la cantidad no, de mililitros ovian por ejemplo, nose...de pan, viene el paquetote (nose de las conchas bimbo y te especifica nose según por ejemplo el maíz del cuanto puede comer en un día de esa pieza de pan, ya sea med concha o el problema de nosotros es que si yo co un pan me como las dos conchas, una en mañana y otra en la noche.
MI: Pero...no.
G: No sé si habría determinado sobre...
N: El problema de esto es que cada organismo metaboliza diferente, entonces, si en mi de cervezas me pone hasta la madre, a otro lo puec hacer daño, por eso hay medidas en las cuales r

está bien decir un límite porque cada quien es diferente.

K: Cada organismo responde de diferente manera no...

C: La diferencia en que uno la cerveza, otros el wiski otros el vodka, entonces quien sabe

MAR: Si otros lo controlan d.... otra consumió ósea

MGRV: Entonces aquí también sería que se consume alcohol por salud

S: No

C: Si, porque la copa de vino tiene antioxidantes.

K: Hay...

G: Pero yo creo no.

C: Pues alguno si unos lo toman.

MGRV: Pero aquí los estudiantes.

E: ¡No!

KA: ¡No!

N: Pues no.

[Risas]

K: No lo están.

C: Una cerveza.

MGRV: Pues ya para hacer, una frase, una palabra una experiencia que cada uno quiera compartir aquí.

C: Sobre lo mismo

MGRV: Sí.

N: Mmm

C: Pues.

MGRV: O sobre el consumo de alcohol alcoholismo

KA: No sé, yo siento que es bueno pero no en exceso, ósea con un balance no.

E: Mmm aja.

MGRV: O ahorita que les aporito el tema

E: Yo creo que no necesitamos tomar alcohol, necesariamente para divertirse, no... para socializar, entonces pues sería eso.

G: Es que si puedes controlar el cuerpo, yo siento que si puedes tomar alcohol pero con exceso, bueno no.

C: Con exceso.

C: Jaja

[Risas]

MAR: Yo te apoyo compañera.

KA: Si pero no en exceso, ose.

E: No en exceso.

N: También, siempre y cuando cuidar.

MGRV: Tu compañera.

[Risas]

G: Yo creo que el alcohol, el consumo de alcohol es bueno porque te aporta necesidades sanamente, pero no en exceso, entonces.

MGRV: Ya

G: Yo igual pienso que, ósea pienso que ora si sacando una frase "que dice, todo me es licito mas

no lo que conviene" ósea todo lo puedo consumir por decirlo así, pero no todo conviene a nuestro cuerpo, entonces puedo decirte que, ósea, me es licito consumir alcohol, pero de una manera racional, porque ya cuando se convierte en algo irracional

MGRV: Si como dices tú, es racional, porque la serie de problemáticas que están relacionadas si es un problema, los accidentes...

E: ¡Sí! exactamente, que sea en una manera racional, y no por convivencia o porque mi novia me dejo, o algo así, sino porque no se

KA: ¿Porque? le gusta.

S: El alcohol te mata

G: El alcohol te mata.

G: Si, en cualquier momento te desbocas y pierdes el equilibrio.

MGRV: Estamos hablando de alcohol

G: Cada fin de semana o cada mes no sé, se convierte.

MAR: Se convierte en alcoholismo no...

MI: Si. No en todas las personas, porque también tienen que llevar otros caracteres, no personales, no sé, se me ocurre religión, etc. Entonces este, en mí, no sé hay una mayor probabilidad, que se presente.

C: Es que como dicen, es para sociabilizar no...

S: Pero puede sociabilizarse sin el consumo, es que también.

G: Yo creo que es cosa de política, política del consumo del consumo porque, pus a las empresas le conviene vender alcohol, cuándo nos por ejemplo los cigarros, el cuate dice... la caja dice "fumar daña... pero te mata" y yo tengo obviamente yendo a la farmacia y decirle meda 10 pesos de cáncer, pues obviamente sería como una demanda no. Pero es como ya la sociedad la ha representado así y no importa, también en las advertencias

K: Yo digo en esta parte.

C: Y es como dice la compañera es una droga legal, no.

K: Pues ¡sí!

MAR: Se terminó.

MGRV: Pues muchas ¡gracias!

ANEXO 8

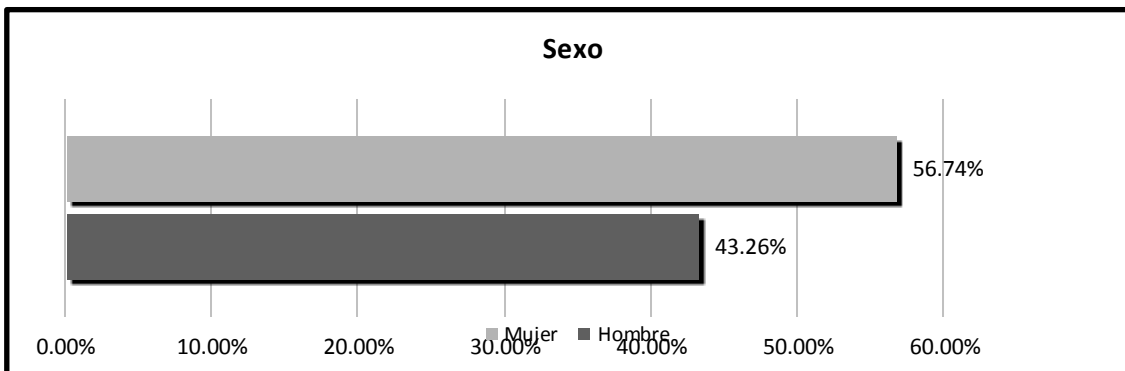
Resultados finales en el Plantel San Lorenzo Tezonco de la investigación sobre consumo de alcohol y alcoholismo

GENERAL PLANTEL UACM-SLT
RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO
DATOS GENERALES

EDAD		
Edad	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
18	7	2.86%
19	5	2.04%
20	12	4.90 %
21	18	7.35 %
22	23	9.39 %
23	20	8.16 %
24	28	9.79 %
25	26	10.61 %
26	26	10.61 %
27	18	7.35 %
28	16	6.53 %
29	6	2.45 %
30	5	2.04 %
31	8	3.26 %
32	5	2.04 %
33	5	2.04 %
34	3	1.22 %
35	4	1.63 %
36	2	0.81
37	2	0.81 %
40	1	0.41%
42	2	0.81%
43	1	0.41%
44	1	0.41%
50	1	0.41%
Total	245	100 %

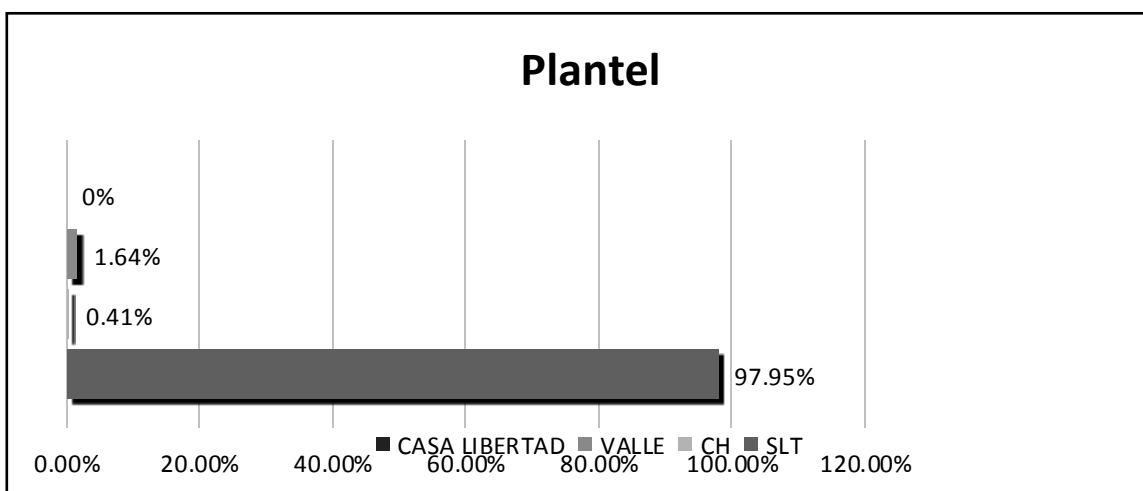
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

SEXO		
Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Hombre	106	43.26%
Mujer	139	56.74%
Total	245	100 %



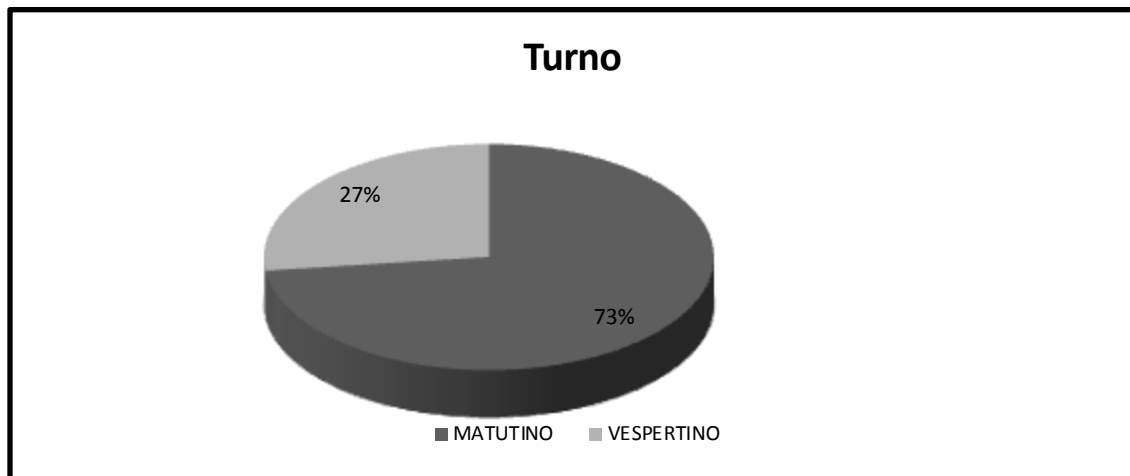
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

PLANTEL		
Plantel	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SLT	240	97.95 %
CH	1	0.41 %
VALLE	4	1.64%
CASA LIBERTAD	0	0%
TOTAL	245	100 %



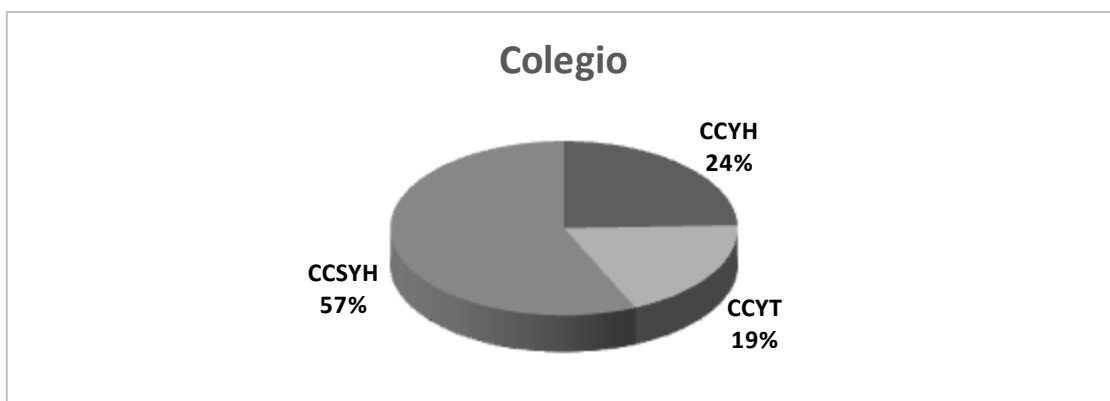
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

TURNO		
TURNO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
MATUTINO	179	73.06 %
VESPERTINO	66	26.94 %
TOTAL	245	100 %



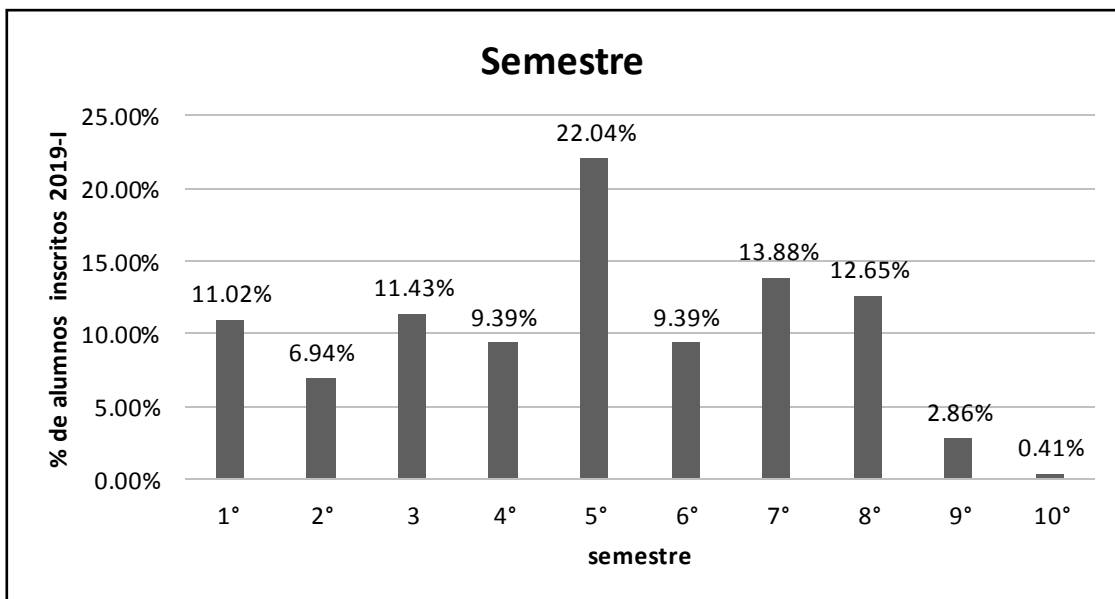
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

COLEGIO		
COLEGIO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
CCYH	60	24.49 %
CCYT	46	18.77%
CCSYH	139	56.73 %
TOTAL	245	100%



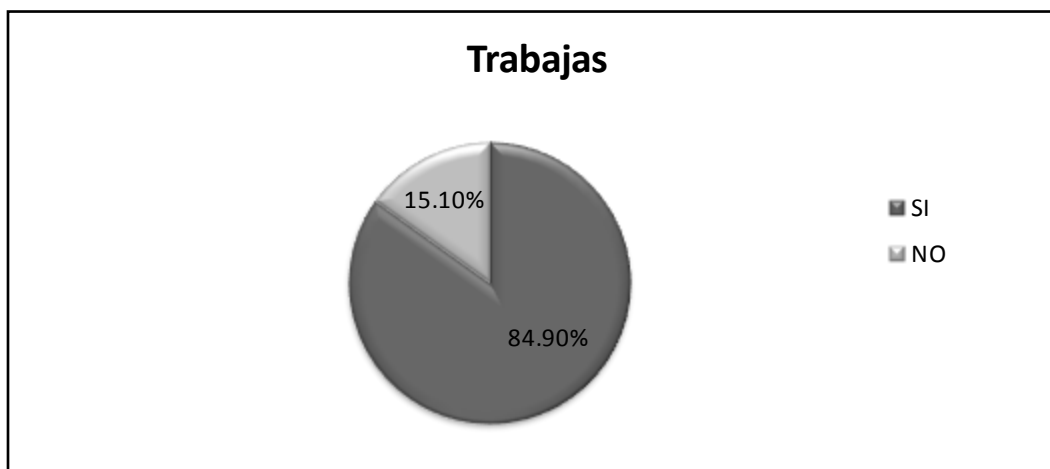
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

SEMESTRE		
SEMESTRE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
1	27	11.02%
2	17	6.94 %
3	28	11.43 %
4	23	9.39 %
5	54	22.04 %
6	23	9.39 %
7	34	13.88%
8	31	12.65%
9	7	2.86%
10	1	0.41%
TOTAL	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

¿TRABAJAS?		
TURNO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	66	26.94 %
NO	179	73.06 %
TOTAL	245	100 %



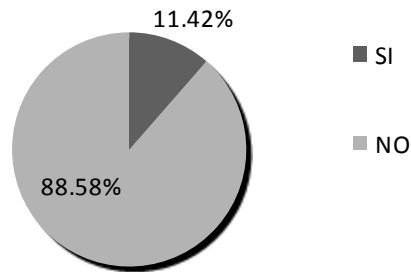
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

¿EN QUE?		
EN QUE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
NO TRABAJA	80	%
NO RESPONDIERON	6	%
Gobierno	1	%
Relación con la salud personal	4	%
	5	%
	12	
	9	
	2	
	2	
TOTAL	245	100 %

I.- CONOCIMIENTOS BIOPSIICOSOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO.

1.- ¿Consideras que el consumo de alcohol y el alcoholismo son lo mismo?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	28	11.42 %
NO	217	88.58 %
Total	245	100 %

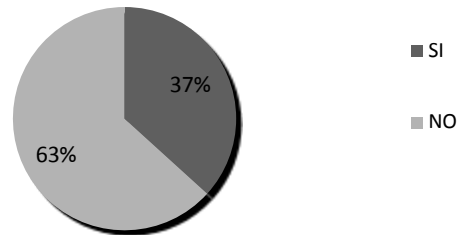
1.- ¿Consideras que el consumo de alcohol y el alcoholismo son lo mismo?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

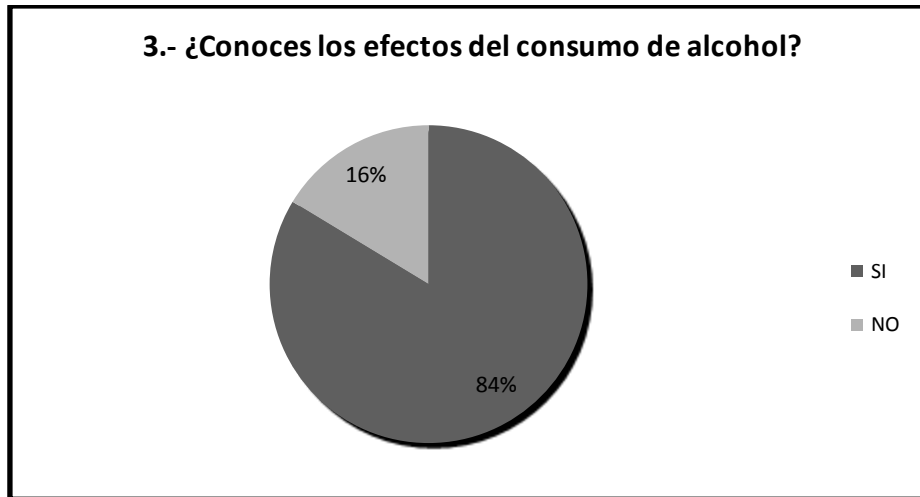
2.- ¿Crees que el consumo de alcohol es una enfermedad?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	90	36.73 %
NO	155	63.27 %
Total	245	100 %

2.-¿ Crees que el consumo de alcohol es una enfermedad?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

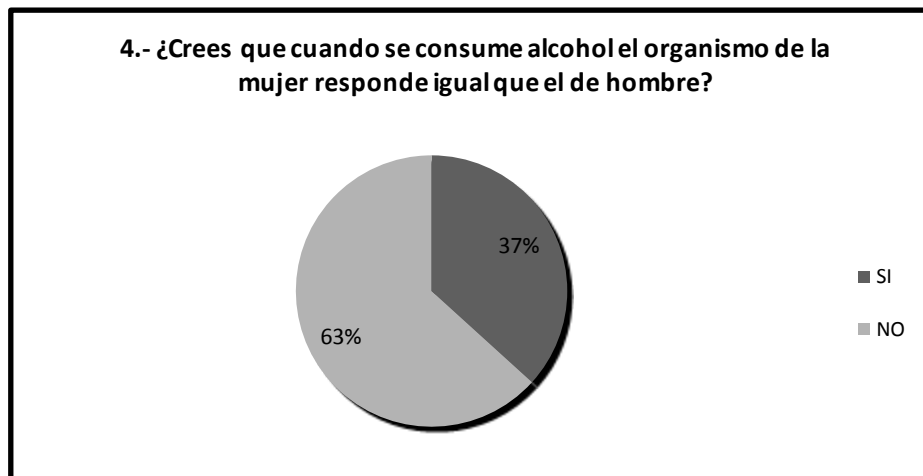
3.- ¿Conoces los efectos del consumo del alcohol en el organismo?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	205	83.67 %
NO	40	16.33 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

4.- ¿Crees que cuando se consume alcohol el organismo de la mujer responde igual que el del hombre?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	90	36.73 %
NO	155	63.27 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

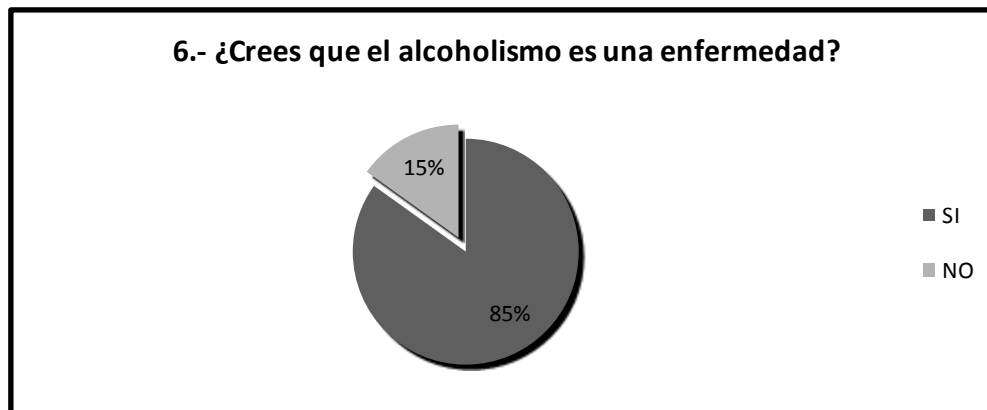
5.- ¿Crees que el consumo de alcohol a edades tempranas afecte el desarrollo neuronal?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	227	92.65 %
NO	18	7.35 %
Total	245	100%



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

6.- ¿Crees que el alcoholismo es una enfermedad?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	208	84.90 %
NO	37	15.10 %
Total	245	100 %



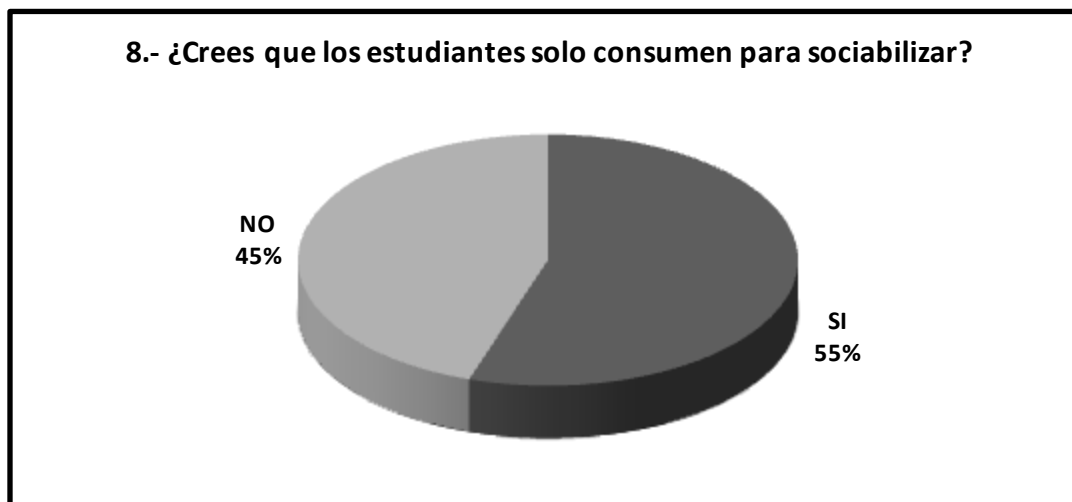
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

7.- ¿Crees que en el plantel de la UACM-SLT se consuma alcohol?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	224	91.43 %
NO	21	8.57 %
Total	245	100%



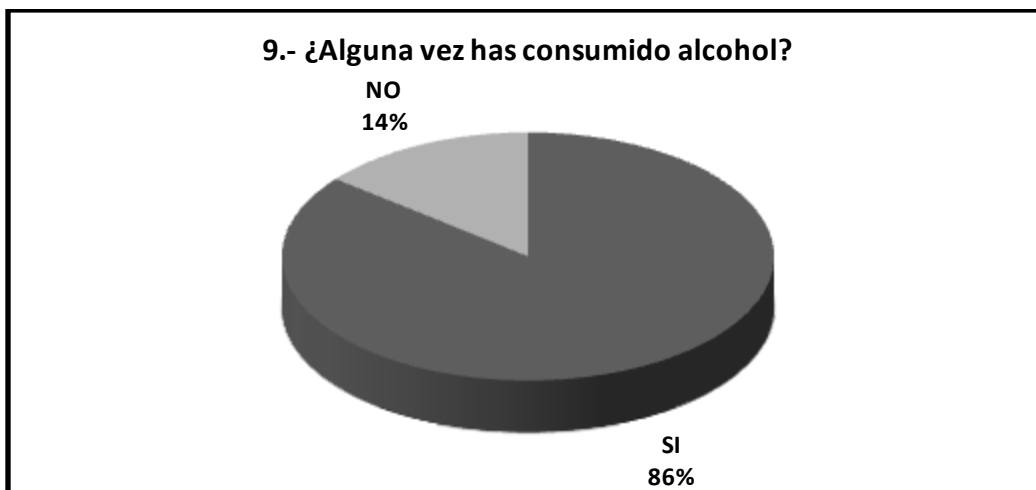
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

8.- ¿Crees que los estudiantes solo consumen para sociabilizar?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	135	55.10 %
NO	110	44.90 %
Total	245	100 %



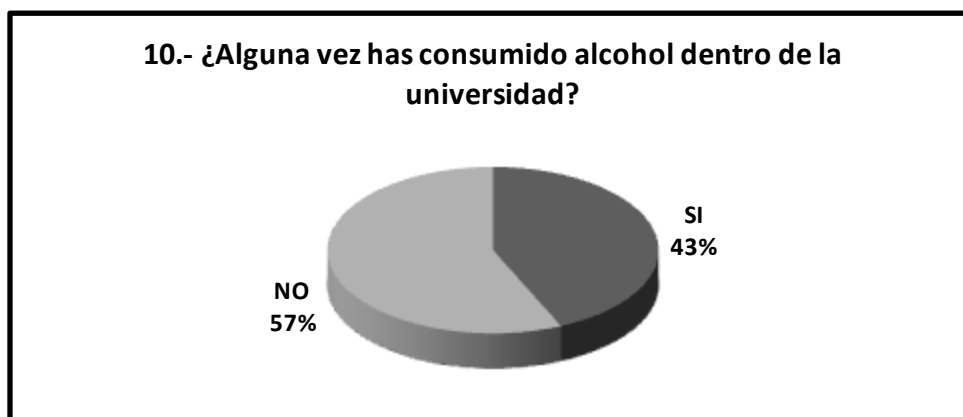
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

9.- ¿Alguna vez has consumido alcohol?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	210	85.71 %
NO	35	14.29 %
Total	245	100 %



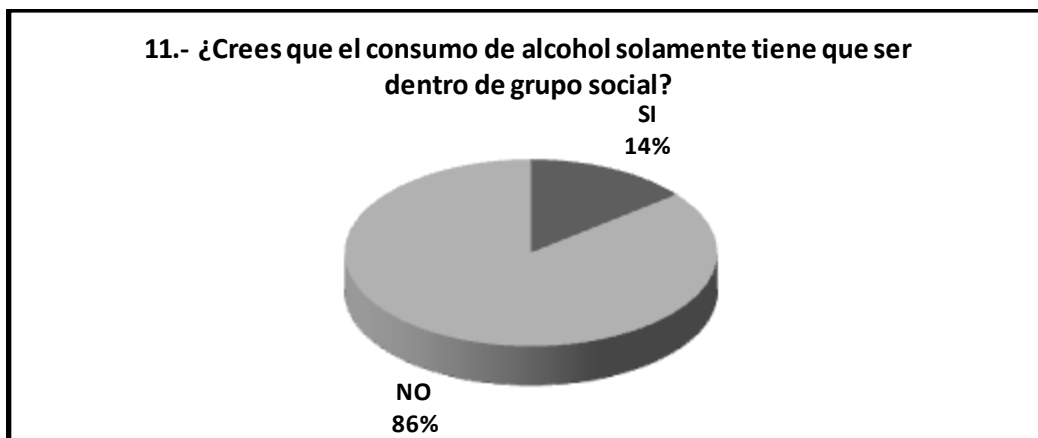
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

10.- ¿Alguna vez has consumido alcohol dentro de la universidad?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	106	43.27 %
NO	139	56.73 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

11.- ¿Crees que el consumo de alcohol solamente tiene que ser dentro de grupo social?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	35	14.29 %
NO	210	85.71 %
Total	245	100%



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

12.- ¿Crees que la edad sea un factor para el inicio en el consumo de alcohol?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	107	43.67 %
NO	138	56.33%
Total	245	100 %

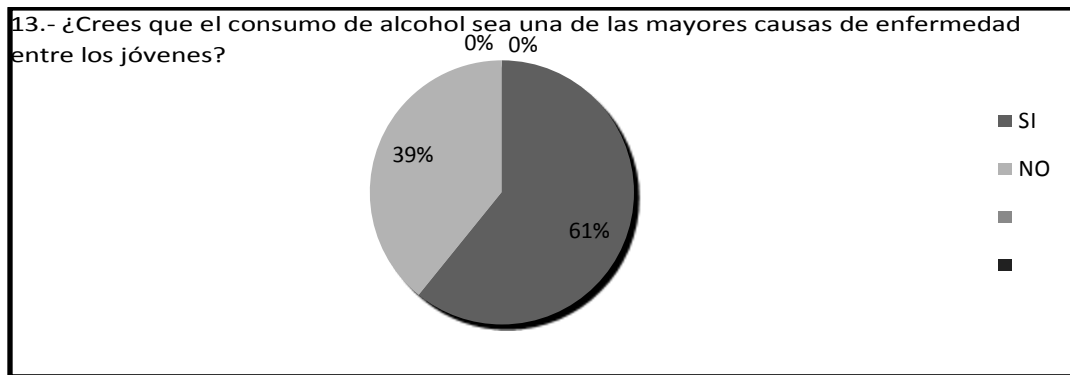


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

II.- PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN RELACION AL CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

13.- ¿Crees que el consumo de alcohol sea una de las mayores causas de enfermedad entre los jóvenes?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	149	60.82 %
NO	96	39.18 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

14.- ¿Crees que los jóvenes consuman alcohol para convivir?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	115	46.94 %
NO	130	53.06 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

15.- ¿Consideras que el consumo de alcohol influya en el desempeño académico?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	199	81.22 %
NO	46	18.78 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

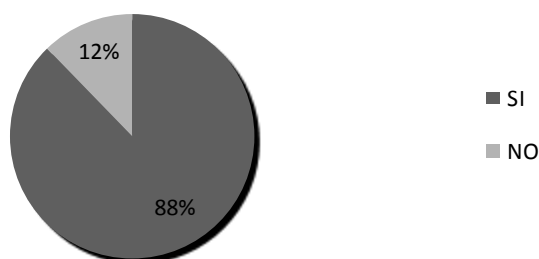
16.- ¿Crees que el consumo de alcohol es un factor para causar deserción escolar?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	175	71.43 %
NO	70	28.57 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

17.- ¿Crees que el consumo de alcohol cambie el estilo de vida de los estudiantes?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	215	87.75%
NO	30	12.26 %
Total	245	100 %

17.- ¿Crees que el consumo de alcohol cambie el estilo de vida de los estudiantes?

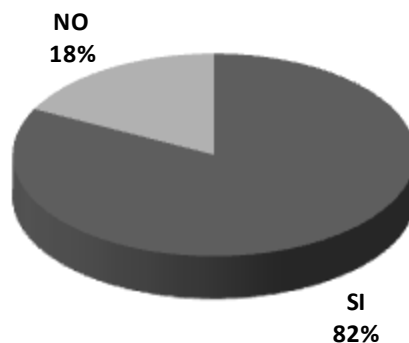


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

18.- ¿Crees que el consumo de alcohol sea una causa de problemas sociales como violaciones, abusos sexuales, Embarazos no deseados o a temprana edad, accidentes automovilísticos, robo?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	202	82.45 %
NO	43	17.55 %
Total	245	100 %

18.- ¿Crees que el consumo de alcohol sea una causa de problemas sociales como violaciones, abusos sexuales, embarazos no deseados o a temprana edad, accidentes automovilísticos, robo?

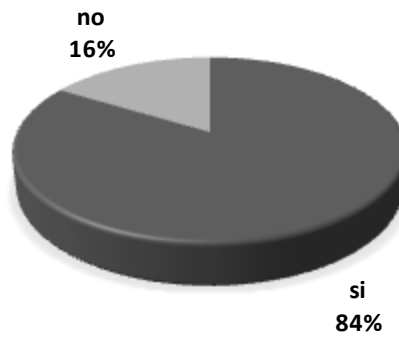


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

19.- ¿Crees que el consumo de alcohol y alcoholismo sea un factor que afecte a la economía de los estudiantes?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	205	83.67 %
NO	40	16.33 %
Total	245	100 %

19.- ¿Crees que el consumo de alcohol y alcoholismo sea un factor que afecte a la economía de los estudiantes?

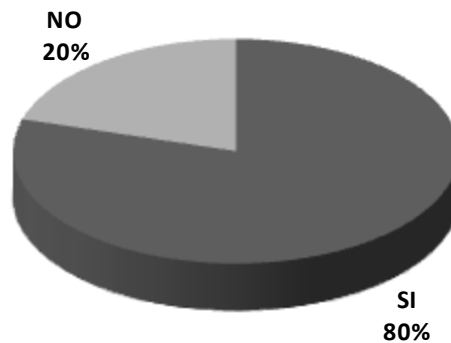


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

20.- ¿Crees que el consumo de alcohol en los estudiantes necesita ser controlado?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	195	79.59 %
NO	50	20.41%
Total	245	100%

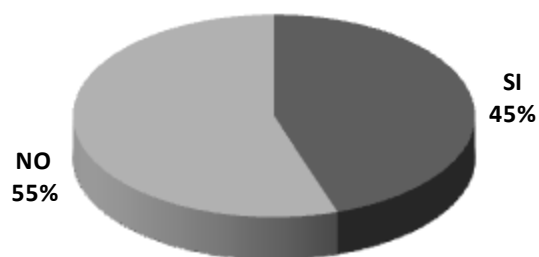
20.- ¿Crees que el consumo de alcohol en los estudiantes necesita ser controlado?



21.- ¿Crees que el consumo de alcohol es una forma de manifestación social de los jóvenes?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	110	44.90%
NO	135	55.10 %
Total	245	100%

21.- ¿Crees que el consumo de alcohol es una forma de manifestación social de los jóvenes?

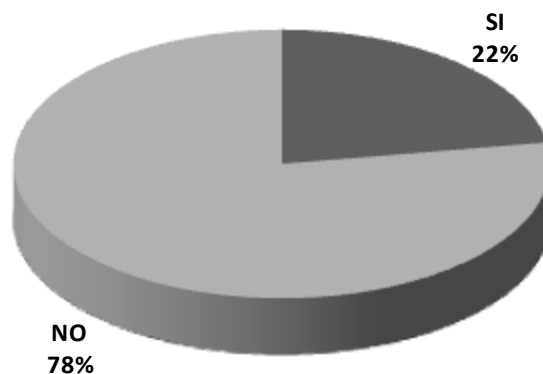


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

22.- ¿Consideras que las mujeres beben más que los hombres?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	55	22.45 %
NO	190	77.55 %
Total	245	100%

22.- ¿Consideras que las mujeres beben más que los hombres?

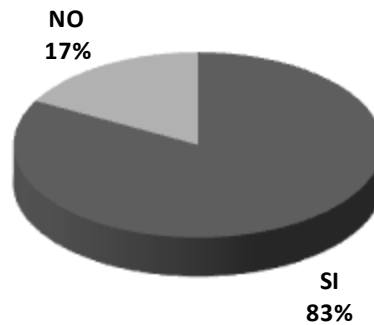


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

23.- ¿Crees que el consumo de alcohol se ha incrementado en las mujeres?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	203	82.86%
NO	42	17.14 %
Total	245	100 %

23.- ¿Crees que el consumo de alcohol se ha incrementado en las mujeres?

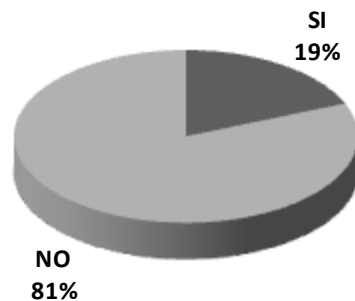


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

24.- ¿Crees que el consumo de alcohol solo afecta a quien lo consume?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	46	18.78 %
NO	199	81.22%
Total	245	100 %

24.- ¿Crees que el consumo de alcohol solo afecta a quien lo consume?

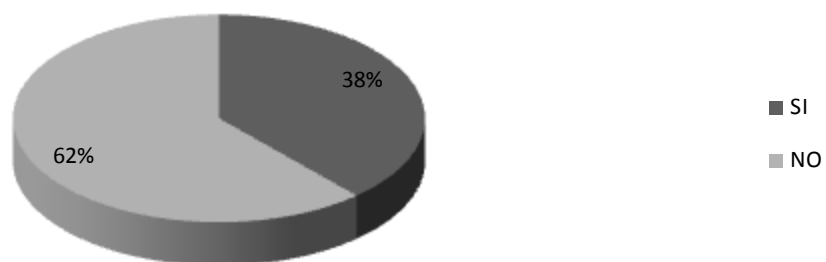


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

25.- ¿Crees que una persona que en una ocasión bebe demasiado alcohol tiene problemas de alcoholismo?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	94	38.37%
NO	151	61.63 %
Total	245	100 %

25.- ¿Crees que una persona que en una ocasión bebe demasiado alcohol tiene problemas de alcoholismo?

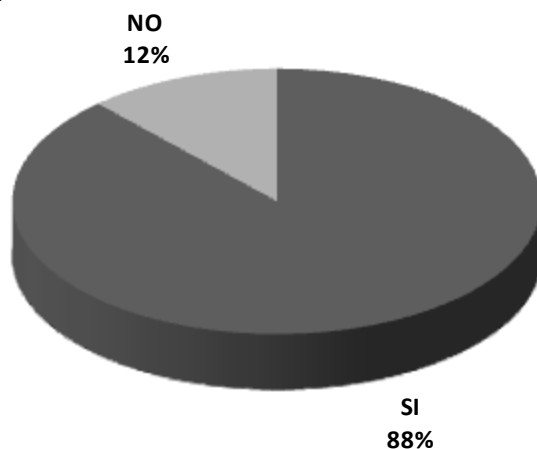


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

26.- ¿Crees que el alcoholismo necesita de atención especializada?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	216	88.16 %
NO	29	11.84 %
Total	245	100 %

26.- ¿Crees que el alcoholismo necesita de atención especializada?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

27.- ¿Sabías que? En 1956 la OMS, designo oficialmente el alcoholismo como una enfermedad

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	79	32.24 %
NO	166	67.76 %
Total	245	100 %

27.- ¿Sabías que? en 1956 la oms, designo oficialmente el alcoholismo como una enfermedad

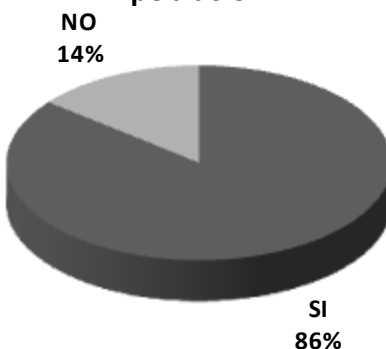


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

28.- Crees que el alcoholismo es un problemática de salud que no solo afecta a quien lo consume si no que impacta en toda la población

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	210	85.71 %
NO	35	14.29 %
Total	245	100 %

28.- Crees que el alcoholismo es un problemática de salud que no solo afecta a quien lo consume si no que impacta en toda la población



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

29.- ¿Crees que es el sector salud invierte la mayor parte de su presupuesto en atender a pacientes con problemas de alcoholismo?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	76	31.02 %
NO	169	68.98 %
Total	245	100%

29.- ¿CREES QUE ES EL SECTOR SALUD INVIERTE LA MAYOR PARTE DE SU PRESUPUESTO EN ATENDER A PACIENTES CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO?



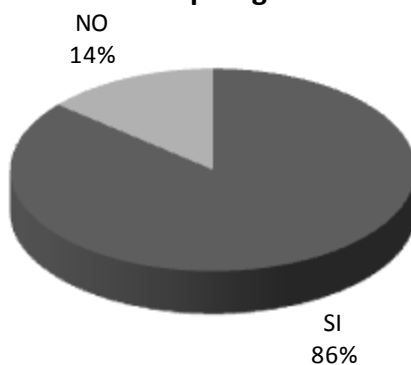
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

30.- El Dr. Rafael Velasco Fernández (1995), afirma desde una visión integral que "el alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo genético, fisiológico, neurobioquímico, patológico, sociológico, antropológico y cultural"

¿Estás de acuerdo con la definición del Dr. Rafael Velasco Fernández?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	211	86.12 %
NO	34	13.88 %
Total	245	100 %

30.- El Dr. Rafael Velasco Fernández (1995), afirma desde una visión integral que “el alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo genético, fisiológico, neurobioquímico, patológico, sociológico, antropológico.

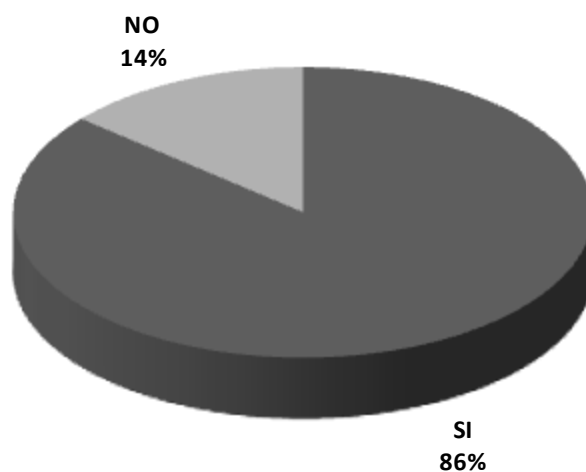


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: “significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I”

31.-Para el doctor Mark Keller el alcoholismo es “un trastorno de la conducta que se manifiesta por la ingestión repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que provoca un comportamiento anormal o desviado y que daña el funcionamiento social, económico o la salud de quien la ingiere”(Velasco, 1995:75) ¿Estás de acuerdo con la definición del Dr. Mark Keller?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	211	86.12 %
NO	34	13.88 %
Total	245	100%

31.-Para el doctor mark keller el alcoholismo es “un trastorno de la conducta que se manifiesta por la ingestión repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que provoca un comportamiento anormal o desviado y que daña el funcionamiento social.



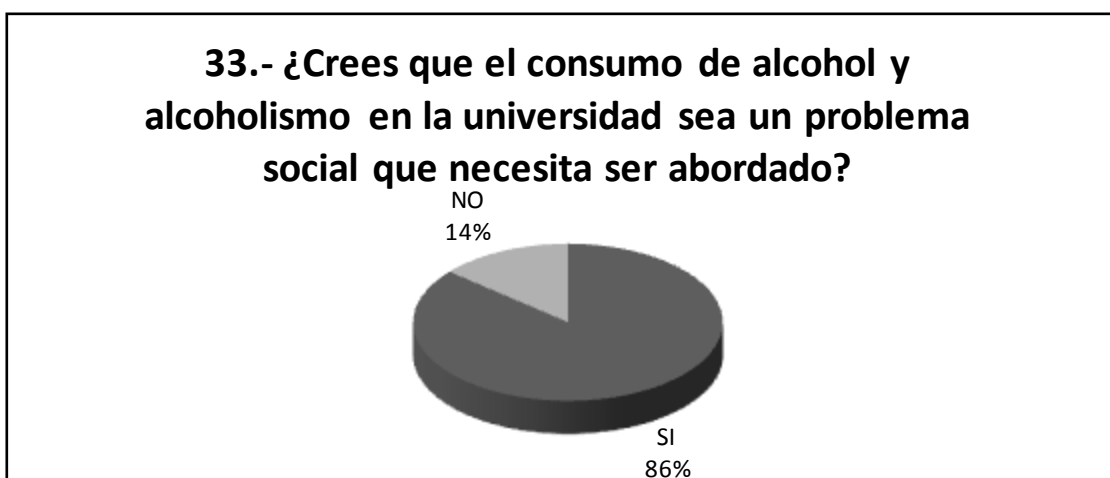
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: “significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I”

32 ¿Crees que el alcoholismo tiene cura?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	203	82.86 %
NO	42	17.14 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

33.- ¿Crees que el consumo de alcohol y alcoholismo en la universidad sea un problema social que necesita ser abordado?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	211	86.12 %
NO	34	13.88 %
Total	245	100%

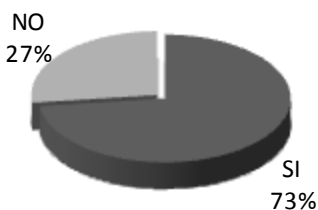


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

34.- Crees que el significado que los estudiantes tienen del consumo de alcohol y alcoholismo sea un factor que influya en ellos.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	179	73.06 %
NO	66	26.94 %
Total	245	100 %

34.- Crees que el significado que los estudiantes tienen del consumo de alcohol y alcoholismo sea un factor que influya en ellos.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM-SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

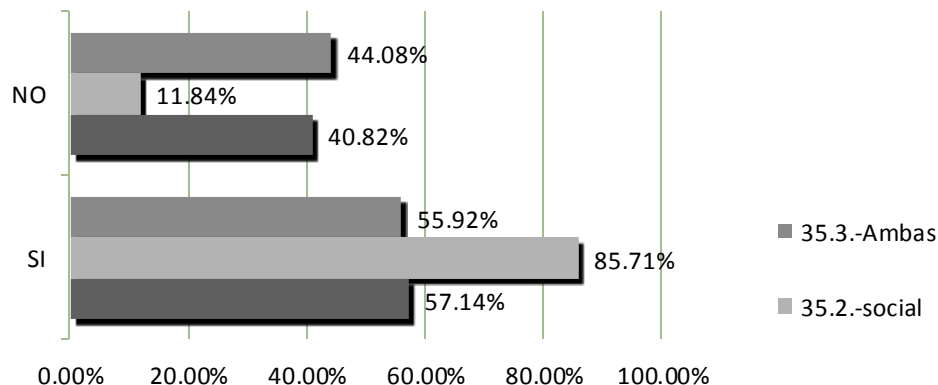
35.- Crees que el alcoholismo es un problema de tipo:

35.1.- Biológico		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	140	57.14 %
NO	100	40.82 %
NR	5	2.04 %
Total	245	100%

35.2.-social		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	210	85.71 %
NO	29	11.84 %
NR	6	2.45
Total	245	100%

35.3.-Ambas		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	137	55.92 %
NO	108	44.08 %
Total	245	100%

¿Cres que el alcoholismo es un problema de tipo?:



	SI	NO
■ 35.3.-Ambas	55.92%	44.08%
■ 35.2.-social	85.71%	11.84%
■ 35.1.- Biológico	57.14%	40.82%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

36.- ¿CUANDO CREES QUE EL CONSUMO DE ALCOHOL SEA UN PROBLEMA DE SALUD?

36.1.- Cuando se consumen más de 3 copas en una ocasión		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	77	31.43 %
NO	168	68.57 %
Total	245	100%

36.2.- Cuando rompe con las reglas sociales y leyes		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	196	80 %
NO	49	20 %
Total	245	100%

36.3.- Cuando afecta la salud de la persona que lo consume		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	227	92.66 %
NO	18	7.34 %
Total	245	100%

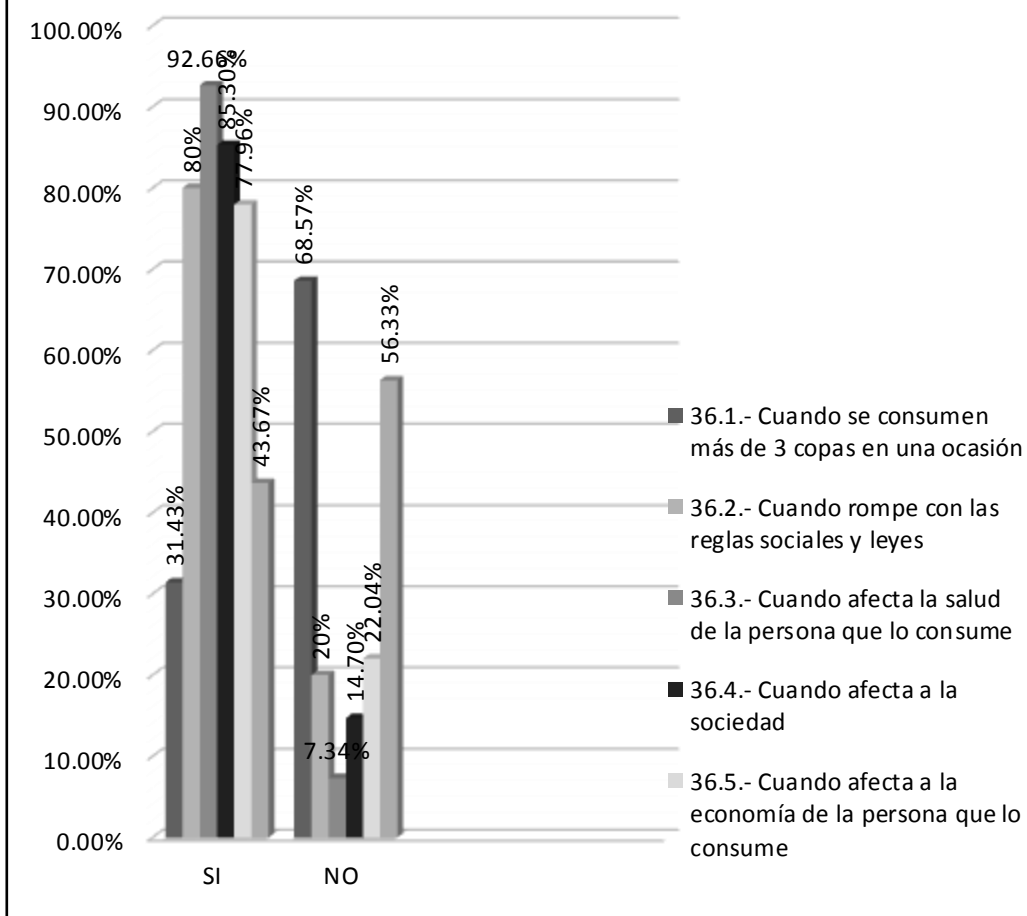
36.4.- Cuando afecta a la sociedad		
------------------------------------	--	--

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	209	85.30 %
NO	36	14.70 %
Total	245	100%

36.5.- Cuando afecta a la economía de la persona que lo consume		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	191	77.96 %
NO	54	22.04 %
Total	245	100%

36.6.- Todas las anteriores		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	107	43.67 %
NO	138	56.33 %
Total	245	100%

36. ¿Cuándo crees que el consumo de alcohol sea un problema de salud?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I"

PREGUNTA	SI	NO
36.1	31.43%	68.57%
36.2	80%	20%
36.3	92.66%	7.34%
36.4	85.30%	14.70%
36.5	77.96%	22.04%
36.6	43.67%	56.33%

37.- ¿Crees que en la universidad exista estudiantes con problemas de alcoholismo?		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	222	90.61 %
NO	23	9.39 %
Total	245	100 %



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta sobre: "significados que tienen los estudiantes de la UACM- SLT sobre el consumo de alcohol y alcoholismo 2019-I