

Descripción del consumo de alcohol en habitantes de la comunidad de La Solana en el estado de Querétaro, México

Martha Cruz-Soto*, Jorge Palacios, Pamela Aranza López Guerrero y María Magdalena Villagómez Amezcua
martha.cruzso@uvmnet.edu*
Universidad del Valle de México
Querétaro, México

Resumen

El alcohol es el primer factor de riesgo en lo que respecta a enfermedad y muerte prematura; además de provocar dependencia, es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, con elevados costos para la sociedad. El alcohol no solo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, a la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad. El objetivo de este estudio es describir el consumo de alcohol en una muestra de 123 adultos, 74% mujeres y 19.5% hombres, de entre 15 y 84 años, de la comunidad de la Solana en el estado de Querétaro. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario relacionado con el consumo de alcohol evaluado por cuatro indicadores, además del nivel socioeconómico. Los resultados mostraron que el 75.6% de los participantes ha consumido alcohol, con un inicio de 17.09 años, y que 34.1% consume una vez al mes o menos. Se observó que las mujeres tienen porcentajes mayores en frecuencia y consumo excesivo, en comparación con los hombres. El nivel socioeconómico no mostró ser significativo en el estudio.

Palabras clave: alcoholismo, frecuencia de consumo, consumo excesivo de alcohol

Abstract

Alcohol consumption is among the main risk factors in regards to disease and premature death, beside causing dependence, it is responsible for causing serious problems: social, mental and emotional damages, with high costs for society and health. Alcohol not only harms the consumer, but also those around him, the family and victims of crime, violence and car accidents by driving while intoxicated. The purpose of this study was to describe alcohol consumption in a sample of 123 adults, 74% women and 19.5% men, between 15 and 84 years old, in La Solana a community in the state of Queretaro. For the data collection, a questionnaire related to alcohol consumption was applied to all participants, in which four indicators were evaluated, as well as the socioeconomic level. The results have shown a high percentage in the frequency of consumption, and also in the excessive consumption. Women have an increased frequency and excessive consumption percentage than men. The socioeconomic level was not relevant in our study.

Keywords: alcoholism, frequency of alcohol consumption, excessive alcohol consumption

Artículo arbitrado

Recibido:

01 de abril de 2019

Aceptado:

11 de agosto de 2019

Introducción

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994). La palabra *consumo* se refiere a cualquier ingesta de alcohol, dentro de la cual existen patrones de consumo que son: 1) consumo de bajo riesgo, 2) consumo de riesgo, 3) consumo perjudicial, 4) consumo excesivo episódico y 5) dependencia al alcohol (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008). *Abuso del alcohol* es un término que se utiliza para cualquier nivel de ingesta perjudicial para la salud, que incluye desde el consumo de riesgo hasta la dependencia al alcohol (OMS, 2001).

El consumo de alcohol de bajo riesgo indica que es poco probable que la ingesta derive en problemas de salud (OPS, 2008). El consumo de riesgo es un patrón de ingesta de alcohol que incrementa las consecuencias adversas para la salud si el consumo persiste (OPS, 2008); el consumo regular es de 20 a 40 g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 g diarios de alcohol en varones. El consumo perjudicial se define como un patrón de ingesta que ya ha causado daño a la salud; el daño puede ser físico (*p. ej.*, daño hepático debido al consumo crónico) o psicológico (*p. ej.*, episodios depresivos secundarios al consumo) (OMS, 2001). El consumo excesivo episódico de alcohol se define como un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud, respecto de los daños ya causados por el consumo perjudicial.

El consumo de alcohol en cantidades excesivas conlleva consecuencias de gravedad, tanto para la salud física como para la salud mental, y está definido por la OMS como el consumo mayor a 60 g diarios. Los efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido por ocasión y el hábito consecuente de consumo (OMS, 2014). La ingesta nociva (excesiva) de alcohol en el mundo afecta el desarrollo social y tiene como consecuencia el incremento del número de muertes y accidentes por conducir en estado de embriaguez, conducta agresiva, ausentismo y rupturas familiares (OPS, 2008). El efecto negativo del consumo excesivo también repercute notablemente en el plano económico, lo cual

implica costos para los sistemas de salud y de justicia penal, además de los costos derivados de la pérdida de productividad y la disminución del desarrollo económico (OPS, 2007), puesto que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre principalmente en las etapas productivas de la vida (Ahumada-Cortez & Gámez-Medina, 2017; Pérez, 2002).

La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Este fenómeno se diagnostica si están presentes, en el último año, tres o más de los siguientes síntomas: deseo intenso o compulsión de consumir alcohol; dificultad para controlar el consumo (para controlar el inicio del consumo, terminarlo o controlar la cantidad consumida); síntomas de abstinencia física cuando se interrumpe el consumo; consumo con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; tolerancia al consumo, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol; abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol; persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Los problemas de salud son las principales consecuencias del consumo de alcohol, que causan enfermedades tanto agudas como crónicas. Pueden agruparse en tres categorías: 1) enfermedades atribuibles al consumo de alcohol, 2) condiciones crónicas que tienen al alcohol como factor contribuyente y 3) condiciones agudas en las cuales el alcohol es factor contribuyente (Guerra & García, 2013). El alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo; por lo tanto, su abuso es un factor de riesgo en lo que respecta a enfermedad. El sexo, la edad y las características biológicas del consumidor determinan el grado de riesgo al que se expone cuando consume la sustancia (Ahumada-Cortez & Gámez-Medina, 2017).

Dentro de los daños al organismo, se encuentran los trastornos neuropsiquiátricos como ansiedad y depresión; al respecto, las investigaciones en adolescentes (Ferret, Carey, Thomas, Tapert &

Fein, 2010) muestran el daño neuronal secundario por consumo de alcohol en edades tempranas, que provoca alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Algunos estudios neuroanatómicos señalan que el alcohol puede alterar la estructura y función del sistema nervioso central (SNC) de manera significativa y provocar un deterioro neuropsicológico; sin embargo, este deterioro puede presentar variabilidad debido a la cantidad de alcohol consumido, los antecedentes y el patrón de consumo, así como debido al consumo de otras sustancias tóxicas (Expósito, Sanhueza & Angulo, 2008; Squeglia, Spadoni, Infante, Myers & Tapert, 2009). Asimismo, el consumo de alcohol puede incluir a individuos que pertenecen a grupos de riesgo de enfermedades infecciosas como neumonía, tuberculosis, hepatitis virales por virus B y C, meningitis, infecciones cutáneas y peritonitis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Guerra & García, 2013) y enfermedades no transmisibles como afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer (Ahumada-Cortez & Gámez-Medina, 2017).

El consumo excesivo de alcohol es el principal causante de accidentes de tráfico y violencia, así como de una proporción importante de la carga de enfermedades atribuibles al alcohol en México, como cardiopatía isquémica, cirrosis hepática, nefropatía crónica y desnutrición, entre otras (ENSANUT, 2012). Equivale al 6.5% de las muertes prematuras y es responsable de 1.5% de los días vividos sin salud (ENCODAT, 2017); por lo tanto, el patrón de consumo nocivo es uno de los factores de riesgo más importantes que pueden causar discapacidad o incluso la muerte en personas de 15 a 49 años, franja etaria en la que suelen ser más productivas económicamente (OPS, 2015).

La edad es parte de los factores de vulnerabilidad en una persona para ingerir alcohol; por lo tanto, los jóvenes son más propensos a consumirlo. El sexo es otro factor importante: las mujeres, por ejemplo, metabolizan el alcohol con más rapidez porque normalmente tienen menos masa corporal y una mayor proporción de grasa que los varones (OPS, 2015). La evidencia muestra que las mujeres

son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol, lo cual probablemente se deba a que, desde el punto de vista farmacocinético, tienen un menor volumen de distribución en relación con su peso, lo cual implica mayor susceptibilidad a la intoxicación alcohólica aguda, así como a desarrollar enfermedades hepáticas serias o incluso cáncer (Annis & Graham, 1995).

La Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (2005) señala que el tabaco y el alcohol son las drogas de mayor peso en lo referente a la carga global de enfermedades (CGE), determinada por el indicador de salud “años de vida ajustados a discapacidad” (AVAD), que expresa la magnitud del daño biológico, psicológico, social, cultural y espiritual determinado cada 12 meses por estas sustancias tóxicas. Las cifras de AVAD en el año 2010 alcanzaron 59 millones de años perdidos como consecuencia del uso de tabaco, 58 millones de años por el consumo inadecuado de bebidas alcohólicas y 20 millones para las drogas ilegales. El estimado de CGE para el tabaco es de 150 millones de años; para el alcohol, 140 millones, y para sustancias ilegales, 40 millones de años cada 12 meses (OMS, 2011). En la Ciudad de México, de las 9,233 muertes relacionadas directamente con el consumo de alcohol, se obtuvo un total de 168,607 años de vida perdidos (AVP), lo que implica una pérdida promedio de 18.32 años en hombres y 17.54 años en mujeres (Pérez, Cruz, Hernández, Gallegos, Camacho & Mendoza, 2016).

De acuerdo con la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. Según la OPS (2008), el alcoholismo ocupa el primer lugar como problema de salud pública, incluso con mayor importancia que el tabaquismo. En el mundo, 320,000 jóvenes de entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que representa 9% de la mortalidad de este grupo etario. El consumo de alcohol en América Latina es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial: la población latinoamericana consume alcohol en un patrón que es peligroso para la salud (OPS, 2007).

En América Latina, el consumo de alcohol se encuentra entre los principales factores de riesgo para las enfermedades agudas y crónicas antes mencionadas, que afectan a la gente joven de manera significativa. En el año 2000, unas 275,000 personas murieron por causas directamente relacionadas con el alcohol y más de 10 millones de años de vida fueron perdidos en discapacidades o muerte por consumo de alcohol (OPS, 2007). En 2010, el consumo anual per cápita total de alcohol en todo el mundo se registró con un promedio de 21.2 litros de alcohol en hombres y 8.9 litros en mujeres (OPS, 2007).

El gasto económico asociado al consumo de alcohol en la sociedad es enorme. En Estados Unidos, se estima que el costo del consumo de alcohol por año es de 148 mil millones de dólares, incluyendo 19 mil millones en costos asociados a la atención a la salud. En Canadá, el costo económico representa 2.7% del producto bruto nacional, lo que equivale a 18.4 mil millones de dólares (OPS, 2007).

En 2017, en México, la producción de alcohol fue de 11.3 millones de toneladas, con un valor de 549,409 millones de pesos, que representó 4.8% del valor total de la industria manufacturera de ese año, así como 1.5% del producto interno bruto del subsector de bebidas. Durante este año, el 49.1% de la población entre 15 y 65 años tomó alcohol durante el último año e inició su consumo a la edad de 17.9 años (los hombres iniciaron a los 16.6 años, y las mujeres, a los 19.2 años); de ellos, el 19.2% (equivalente a 6.8 millones de personas) declaró haber tenido un consumo de riesgo. El análisis por edad arroja que los hombres consumen una mayor cantidad de bebidas alcohólicas entre los 18 y 29 años, con 11.8 litros de alcohol puro (LAP), mientras que las mujeres tienen mayor consumo per cápita entre los 15 y 17 años y su consumo es de 5.3 LAP (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas [CEFP], 2018).

En México, la población menor de treinta años tiene la mayor probabilidad de padecer alguna de las 200 enfermedades y trastornos derivados del consumo de alcohol. Para las finanzas públicas esto significa un gran reto, pues debe contemplarse la necesidad de asignar recursos

para 3 millones 892 mil 795 personas que son atendidas por el sistema de salud abierto, así como para 3 millones 572 mil 441 personas más que asisten a consulta en el sistema de salud social (IMSS e ISSSTE); todas ellas tienen entre 15 y 65 años y declararon haber tenido un consumo excesivo de alcohol en el último año (CEFP, 2018).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENCODAT, 2017), la prevalencia de consumo de alcohol durante el último año fue de 49.1%; con respecto de la diferencia de sexo, la prevalencia fue de 59.8% en hombres y 39% en mujeres. Durante el consumo de alcohol, el número promedio de copas para sentir ebriedad fue de 8.7: el promedio en hombres fue de 10.2 copas, y en mujeres, de 6.3 copas. En cuanto a la edad en que se consumió alcohol por primera vez, fue de 17 años en el 53.1% de las personas, de 18 a 25 años en el 41.3%, y de 26 a 65 años en el 5.6%; esto muestra que, a menor edad, hay una mayor ingesta de alcohol (ENCODAT, 2017).

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014), se reportó que Querétaro ocupa el primer lugar en consumo de alcohol entre los niños que cursan los dos últimos años de primaria. La prevalencia del consumo de alcohol diario en el estado de Querétaro fue de 4%; por rango de edad, el consumo diario de alcohol entre los 12 y los 17 años fue del 4.5%, y del 3.9% entre 18 y 65 años. En cuanto al consumo consecuente, la prevalencia fue del 10.2%; el consumo consecuente de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años fue de 6.1%, y de 11.1% en adultos de 18 a 65; esto demuestra que los adolescentes tienen un mayor consumo diario, mientras que los adultos tienen un mayor consumo consecuente (ENCODAT, 2017).

De acuerdo con la encuesta Nacional de Adicciones de 2017, el consumo per cápita por año en la población queretana de 12 a 65 años fue de 5.1 litros. Se encontró que existen diferencias por sexo: en los hombres, el consumo per cápita de alcohol es de 8.9 litros, y en las mujeres, de 1.6 litros, lo cual evidencia mayor consumo por parte del sexo masculino (ENCODAT, 2017).

Por otra parte, para tener una mejor comprensión de la población en la que fue realizado el estudio, es conveniente mencionar que Querétaro es un estado mexicano ubicado en la zona Centro-Norte del país, con un clima caluroso caracterizado por variaciones entre lo seco y lo húmedo. En el municipio de Querétaro (en el estado de Querétaro de Arteaga), se encuentra la localidad de La Solana, la cual se ubica a 2,049 metros de altitud sobre el nivel del mar. Tiene 3,871 habitantes: 1,929 hombres y 1,942 mujeres (SEDESOL, 2010); de ellos, 1,516 son menores de 15 años, 2,220 tienen de 15 a 64 años y 133 tienen 65 años o más. El promedio de escolaridad es de 6 años, que corresponde a nivel primaria. El 8.83% de la población es analfabeta (6.89% de los hombres y 10.76% de las mujeres). El grado de escolaridad es de 5.65 años (5.77 años en hombres y 5.53 años en mujeres). El 0.10% de la población es indígena y el 0.05% de los habitantes habla una lengua indígena. El 31.88% de la población mayor de 12 años está ocupada laboralmente (48.37% de los hombres y 15.50% de las mujeres); esto significa que 1,356 personas son económicamente activas y 1,266 no lo son (INEGI, 2010).

En La Solana hay 846 viviendas, de las cuales 806 son viviendas particulares habitadas. El 50.99% corresponde a viviendas con 3 o más cuartos y 48.88% tiene 1 o 2 cuartos. De las viviendas particulares, el 98.75% cuenta con electricidad, 89.95% tiene agua entubada y 82.13% tiene drenaje. Solo 85.6% de las viviendas cuenta con excusado o sanitario. En cuanto a electrodomésticos, 68.61% cuenta con radio; 91.07%, con televisión; 57.57%, con refrigerador; 44.67%, con lavadora; 25.19%, con automóvil; 2.73%, con una computadora personal; 5.58%, con teléfono fijo; 49.63%, con teléfono celular, y solo 0.99% tiene acceso a Internet (INEGI, 2010).

Los datos recabados de la ENCODAT confirman que la población joven presenta un consumo de alcohol por encima del promedio nacional y de la población adulta del estado de Querétaro.

Se ha observado, en estudios previos (Del Pino & Correa, 2016), que el sexo masculino bebe de manera más frecuente y excesiva que el sexo femenino. En España, la última encuesta

domiciliaria sobre alcohol y drogas del Observatorio Español sobre Drogas (2010) ha puesto de manifiesto un aumento en el consumo intensivo de alcohol (CIA); considerando los últimos 30 días, es del 28.4% en hombres y del 17.9% en mujeres de 15 a 24 años. Como puede verse, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino.

En un estudio realizado en Puebla, México (Berruecos, 2017), se encontró que, en cuanto al acelerado crecimiento de la industria, en relación con el valor total de su producción, el alcohol ocupa el tercer lugar y su fabricación aumentó un 129% en términos de establecimientos; asimismo, el capital invertido varió 16 veces en un lapso no mayor de diez años. El consumo per cápita de aguardiente es de alrededor de un litro semanal, lo cual es muy alto e implica un gasto semanal que representa 10% del salario; en relación con la cerveza, el gasto semanal promedio es de 24% del salario, adicionalmente al consumo de aguardiente. El consumo anual per cápita es de 24.01 litros de aguardiente y de 123.17 litros de cerveza, incluyendo a ambos sexos y a toda la población; en hombres, el consumo per cápita es de 47.1 litros de aguardiente y de 162.86 litros de cerveza al año.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente artículo es describir el consumo de alcohol en habitantes de la comunidad de La Solana, en Querétaro, México. Para ello, se realizó un estudio transversal descriptivo, con el objetivo de observar el consumo de esta sustancia considerando variables sociodemográficas.

Método

Muestra

Para obtener la información en la comunidad, se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional. Se aplicaron 123 cuestionarios: el 74% correspondió a mujeres, y 19.5%, a hombres, con edades entre 15 y 84 años ($M=38.57$ años; $DE=15.65$). El 11.4% son solteros; 26.8% viven en unión libre; 43.9% son casados; 4.1% están divorciados; 4.1% son viudos y el 9.8% no dijo cuál es su estado civil. Asimismo, se reportó un nivel socioeconómico de bajos recursos en el 8.1% de los encuestados; nivel bajo en el 22.8%,

medio bajo en el 44.7%, medio alto en 13%, alto en 0.8% y el 10.6% no respondió este rubro.

Instrumento

El consumo de alcohol fue evaluado principalmente por cuatro indicadores: 1) edad de inicio del consumo de alcohol; 2) frecuencia de consumo en el último mes que se haya consumido alcohol; 3) cantidad de alcohol por evento de consumo (número de vasos por ocasión) y 4) número de vasos o copas de alcohol con los que se considera llegar a la embriaguez (número de vasos o copas por ocasión de consumo). La medición de consumo se ha probado previamente en algunos estudios en muestras mexicanas (Palacios, 2018; Palacios & Álvarez, 2018; Palacios, Bravo & Andrade, 2007).

Procedimiento

La información se obtuvo mediante la colaboración de estudiantes de medicina, con la supervisión de docentes y médicos a cargo de la materia de Medicina Comunitaria, en la que los estudiantes tienen oportunidad de trabajar con distintas familias de la comunidad. A estas familias se les aplicó una encuesta e instrumentos, a fin de realizar el diagnóstico de salud de la comunidad; la aplicación fue individual y, asimismo, también se les pidió que respondieran un cuestionario elaborado para conocer actividades y hábitos de las familias dentro de la comunidad. Se les aclaró que su participación era voluntaria, se resolvieron todas las dudas presentadas y se dejó claro que no había respuestas correctas o incorrectas, así como que la información era anónima; por ello, se pidió sinceridad en las respuestas, pues la información sería utilizada con fines de investigación. Al finalizar el proyecto, se llevaron a cabo pláticas de prevención de adicciones, violencia, enfermedades crónico-degenerativas.

El protocolo de trabajo está registrado ante el Comité de Investigación de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle de México, campus Querétaro, con número de registro CSUVM01I2018.

Resultados

Dentro de la comunidad, el 78.8% de las personas admite que consume alcohol, actividad que inicia a la edad de 17.09 años (DE=4.85; rango=9 a 43). Las mujeres consumen alcohol desde los 17 años (DE=4.31; rango=9 a 38), y los hombres, desde los 17.5 (DE=7.0; rango=9 a 43); no hay diferencia estadísticamente significativa en la edad de inicio del consumo de alcohol por sexo. El 75.6% reporta haber consumido alcohol alguna vez en la vida: las mujeres representan el 57.4%, y los hombres, el 17.4%, valores que no son estadísticamente significativos [$X^2(2, N=115) = 4.859, p=.088$]. El 65% reporta haber consumido alcohol por lo menos una vez al año: el 47% de las mujeres y el 16.5% de los hombres, sin diferencia estadísticamente significativa [$X^2(2, N=115) = 4.246, p=.120$] por sexo.

El 34.1% de las personas consume alcohol con una frecuencia de una vez al mes o menos: el 4.7% de los hombres, así como el 32.1% de las mujeres. Enseguida tenemos que el 9.8% de la población encuestada consume más de tres veces durante el mismo mes: 7.5% de las mujeres y 3.8% de los hombres. Asimismo, 8.9% de la población consume alcohol cada 15 días: 5.7% de los hombres y 4.7% de las mujeres. En la tabla 1 se puede observar que la frecuencia de consumo de alcohol es mayor en las mujeres [$X^2(6, N=106) = 21.072, p=.002$] que en los hombres.

El 21.1% reportó un consumo excesivo de alcohol durante el último mes, y el 10.6%, un consumo excesivo cada 15 días, definido como cinco o más copas por ocasión. Si hacemos la distinción por sexo, vemos que el 6.7% de los hombres presentó este comportamiento de consumo, así como el 16.3% de las mujeres, valores que resultan estadísticamente significativos [$X^2(5, N=104) = 17.831, p=.003$] en cuanto a la diferencia por sexo.

	Frecuencia del consumo de alcohol		Consumo excesivo de alcohol	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nunca he consumido	0.9%	14.2%	1.9%	23.1%
Solo lo hice una vez	1.9%	15.1%	3.8%	31.7%
Una vez al mes o menos	4.7%	32.1%	6.7%	16.3%
Cada quince días	5.7%	4.7%	5.8%	5.8%
Tres o cuatro veces al mes	3.8%	7.5%	1.9%	1.9%
Diario o casi diario	1.9%	0%	1.0%	0%

Tabla 1. Diferencia entre la frecuencia de consumo y el consumo excesivo por sexo. Fuente: elaboración propia.

El número de copas consumidas por ocasión, en promedio, es de 3.93 (DE=3.07; rango=1 a 15): en hombres es de 6.42 (DE=3.84; rango=2 a 15), y en mujeres, de 3.09 (DE=2.3; rango=1 a 15). La comunidad reportó que el número de copas necesarias para sentirse en estado de embriaguez es, en promedio, de 6.14 (DE=3.63; rango=1 a 20): en el caso de los hombres, son 9 copas (DE=4.9; rango=1 a 20), y en el de las mujeres, 5.18 copas (DE=2.73; rango=1 a 18).

Para conocer si existían diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de alcohol, se utilizó la prueba t de Student. Como se observa en la tabla 2, existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres: los hombres tienen puntajes más altos en cada una de las dimensiones del consumo de alcohol, en comparación con las mujeres, en cuanto a cantidad de copas tomadas por ocasión, así como en la cantidad de copas para embriagarse; estas diferencias, sin embargo, no son estadísticamente significativas al comparar la edad de inicio de consumo de alcohol.

	Hombres		Mujeres		t
	M	DE	M	DE	
Edad de inicio de consumo de alcohol	17.58	7.050	17	4.311	-0.442
Cantidad de copas por ocasión de consumo	6.42	3.849	3.09	2.364	-3.563*
Copas necesarias para llegar al estado de embriaguez	9.0	4.947	5.18	2.737	-3.142*

*p<.05

Tabla 2. Comparación entre hombres y mujeres en el consumo de alcohol. Fuente: elaboración propia.

Se identificó la existencia de diferencias entre la frecuencia del consumo y el consumo excesivo, y el nivel socioeconómico de la comunidad. En la tabla 3 se observa que, en cuanto a la frecuencia, el nivel socioeconómico con valores mayores es el medio bajo: en la categoría de consumo de una

vez al mes tiene una incidencia del 18.6%, mientras, que en el consumo excesivo, la categoría con mayor porcentaje se obtuvo en el nivel de una vez, con un 19%.

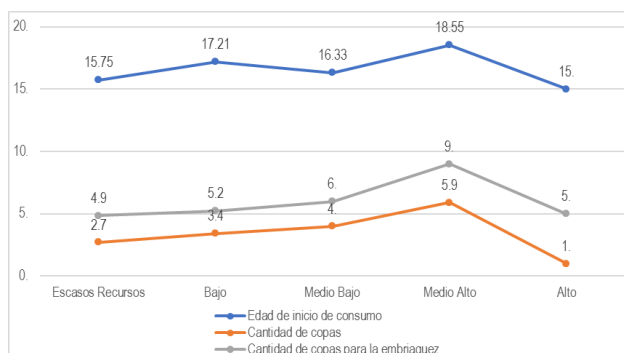
Al aplicar la prueba de chi-cuadrada, entre la frecuencia con la que consume alcohol [$X^2(24, N=102) = 39.924, p=.022$] y el consumo de manera excesiva [$X^2(20, N = 100) = 20.567, p=.423$] por nivel socioeconómico, se observó que solo hay significancia estadística en cuanto a la frecuencia de consumo.

En la gráfica 1, se presenta la diferencia que existe entre los niveles socioeconómicos (NSE) de la comunidad y el consumo de alcohol para el nivel que se considera de escasos recursos. La media de edad de inicio de consumo de alcohol es de 17.75

años (DE=2.188; rango=12 a 19); la cantidad de copas por ocasión de consumo es de 2.71 (DE=1.38; rango=1 a 5) y las copas necesarias para llegar al estado de embriaguez son 4.86 (DE=1.86; rango=1 a 7). Las personas que se consideran con un NSE bajo tienen una media de edad de inicio de consumo de alcohol de 17.21 años (DE=3.75; rango=11 a 30); la media de cantidad de copas por consumo es de 3.43 (DE=2.39; rango=1 a 8) y las copas necesarias para llegar al estado de embriaguez son 5.23 (DE=2.97; rango=2 a 14).

		Nivel socioeconómico				
		Escasos recursos	Bajo	Medio bajo	Medio alto	Alto
Frecuencia del consumo de alcohol	Nunca he tomado	1.0%	1.0%	7.8%	4.9%	0.0%
	Solo lo hice una vez	2.0%	4.9%	7.8%	2.0%	0.0%
	Una vez al mes o menos	4.9%	9.8%	18.6%	4.9%	0.0%
	Cada quince días	0.0%	1.0%	5.9%	2.9%	0.0%
	Tres o cuatro veces al mes	0.0%	7.8%	2.9%	0.0%	0.0%
	Dos o tres veces por semana	2.0%	2.0%	2.9%	0.0%	1.0%
	Diario o casi diario	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	0.0%
Consumo excesivo de alcohol	Nunca he tomado	2.0%	5.0%	9.0%	8.0%	0.0%
	Solo lo hice una vez	3.0%	8.0%	19.0%	3.0%	1.0%
	Una vez al mes o menos	3.0%	7.0%	12.0%	3.0%	0.0%
	Cada quince días	0.0%	6.0%	5.0%	1.0%	0.0%
	Tres o cuatro veces al mes	1.0%	1.0%	2.0%	0.0%	0.0%
	Diario o casi diario	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%

Tabla 3. Comparación de frecuencia y consumo excesivo de alcohol por nivel socioeconómico. Fuente: elaboración propia.



Gráfica 1. Edad de inicio de consumo, cantidad de copas por consumo y cantidad de copas para llegar a la embriaguez por nivel socioeconómico. Fuente: elaboración propia.

En el nivel socioeconómico medio bajo se observan diferencias en cuanto a la media de edad de inicio de consumo de alcohol, que es de 16.33 años (DE=3.71; rango=9 a 25). La cantidad de copas por ocasión es de 4 (DE=2.75; rango=1 a 11) y las copas necesarias para llegar al estado de embriaguez son 6 (DE=3.09; rango=1 a 15). Para el nivel medio alto, la media de edad de inicio de consumo de alcohol es de 18.55 años (DE=8.33; rango=13 a 43), la cantidad de copas por consumo es de 5.9 (DE=5.17; rango=2 a 15) y las copas necesarias para llegar al estado de embriaguez es de 9 (DE= 6.16; Rango = 2 a 20). Por último, para el NSE alto, la media de edad de inicio de consumo de alcohol es de 15 años (DE=0; rango=1 a 15), la cantidad de copas por consumo es de 1 (DE=0; rango=1 a 1) y las copas necesarias para llegar al estado de embriaguez son 5 (DE=0; rango=1 a 5). Hay pocas personas que consideran pertenecer a este nivel. Al aplicar la prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes, para la cantidad de copas consumidas por ocasión [KW (4, N=110) = 0.286, p=.991] y las copas necesarias para la embriaguez [KW (4, N=110) = 0.521, p=.971] por nivel socioeconómico, como puede observarse en la gráfica 1, no hay diferencia significativa.

Discusión

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol en la comunidad es de 17.09 años, que coincide con el promedio nacional reportado por la ENCODAT en 2016: 17.9 años. Los porcentajes sobre la frecuencia de consumo alcohol correspondientes a una vez al mes, cada quince días y tres veces durante el mismo mes son

mayores a la media nacional reportada en la ENCODAT (2016), que menciona que, para 2016, la incidencia de consumo durante el último año fue de 49.1%, así como de 8.6% para el consumo consuetudinario.

En cuanto a la diferencia del consumo por sexo, los resultados en la comunidad no coinciden con lo reportado a nivel nacional por la ENCODAT en 2016. En nuestro estudio, se encontró que los porcentajes son contrarios: el mayor porcentaje correspondió a las mujeres (47%), y el menor, a los hombres (16.5%); lo mismo sucede con los resultados de consumo durante el mismo mes. En los estudios previos (Berruecos, 2017; Del Pino & Correa, 2016), se describe que el mayor porcentaje de consumo de alcohol corresponde al sexo masculino; sin embargo, uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación es que la mayor cantidad de bebedores y el mayor consumo de alcohol corresponde al sexo femenino. Cabe mencionar que la mayoría de las personas encuestadas en la muestra son mujeres; asimismo, quienes tienen mayor accesibilidad para contestar son las amas de casa, lo cual constituye una de las principales limitantes de nuestra investigación. En estudios posteriores, se buscará igualar el número de muestras por sexo para determinar si realmente es un factor que influye en la prevalencia del consumo de alcohol o si, en efecto, las mujeres de la comunidad están igualando o superando el consumo de alcohol con respecto de los varones.

Por otro lado, en cuanto al consumo excesivo de alcohol en un rango de 5 copas o más, en los resultados se observa que la incidencia en la comunidad de consumo excesivo durante el último mes es de 21.2%, así como de 10.6% para cada quince días; se trata de cifras más elevadas que los porcentajes nacionales señalados en la ENCODAT de 2016. Lo mismo sucede al analizar el consumo excesivo por sexo: los resultados encontrados en la comunidad son más altos que los nacionales; además, al igual que en la frecuencia del consumo, la prevalencia por parte de las mujeres es mayor a la de los hombres. Los resultados del estudio, en comparación con los de la ENCODAT (a nivel nacional), muestran que el estado de Querétaro aumenta sus niveles de consumo de manera rápida y se posiciona en los primeros lugares de consumo

excesivo de alcohol; también se puede observar que las mujeres prácticamente igualan los porcentajes de los hombres y rebasan su manera de consumir.

En cuanto al nivel socioeconómico (NSE), en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), se menciona que las personas de NSE bajo son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo de alcohol; sin embargo, en este estudio se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el NSE y el consumo de bebidas alcohólicas, y nuestros resultados coinciden con estudios realizados en Argentina a través de la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Alcohol en Jóvenes (Ahumada, 2003), que señala la prevalencia del consumo de alcohol e indaga la asociación que existe entre consumo y características sociodemográficas. Los resultados mostraron que el consumo de alcohol y otras sustancias no presentaba diferencias significativas de acuerdo con la clase social y que el consumo de alcohol no tenía relación con el tipo de hogar en el que vivía el estudiante. Adicionalmente, un estudio realizado también en Argentina (Fantin, 2007) apoya lo presentado en esta investigación: incluyó a estudiantes de diferentes estratos socioeconómicos y demostró que el consumo de riesgo (32%) era mayor en la escuela de nivel socioeconómico alto, mientras que, en la escuela de nivel socioeconómico bajo, se presenta un porcentaje más elevado, en comparación con el resto de las escuelas, en la categoría de dependencia (2.9%).

Los datos encontrados respecto del NSE y el consumo de alcohol parecen mostrar que aquel no es un factor único y determinante del consumo; sin embargo, nuestro estudio apunta a una tendencia entre quienes presentan niveles elevados de consumo de alcohol; es decir, los que se encuentran en los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo consumen más alcohol, tanto en frecuencia como en cantidad excesiva una vez al mes. Esto puede deberse a que la mayoría de la población mexicana se encuentra en este nivel socioeconómico; en investigaciones posteriores, se buscará contar con indicadores más exactos para identificar el nivel socioeconómico de los

participantes, a fin de esclarecer esta diferencia. Adicionalmente, incluiremos preguntas referentes al tipo de alcohol que se consume (destilados, cerveza, vino o enlatados), lo que permitirá conocer si los bebedores presentan algún tipo de dependencia al alcohol.

Para concluir, nos gustaría señalar que la comunidad de La Solana pertenece a la zona urbana de Querétaro; sin embargo, se comporta como una comunidad urbana marginada: 2,868 pobladores cuentan con derechohabiencia en servicios de salud y 993 no tienen acceso a este tipo de servicio, como lo indica el INEGI (2010); además, a pesar de tener acceso a centros de salud y ser derechohabientes, las personas no acuden a prevención o a informarse sobre las posibles consecuencias que puede generar en su salud el consumo de alcohol. Para dar continuidad a lo encontrado en el estudio, se requiere investigar los motivos por los cuales el consumo de esta sustancia va en incremento en el estado de Querétaro, como lo reporta la ENCODAT de 2016; así, podremos articular estrategias nacionales con el CONADIC y el Sector Salud en México, además de implementar estrategias para reducir el consumo de alcohol.

Referencias

- Ahumada G. (2003). Encuestas nacionales sobre consumo de alcohol en jóvenes. Argentina: Sedronar.
- Ahumada-Cortez J.G., Gámez-Medina M.E. & Valdez-Montero C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2): 13-24 julio-diciembre. Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
- 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. Biblioteca Sede OPS Washington, D.C. OPS, pp. 2-4. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Annis H.M. & Graham J.M. (1995). Profile types on the inventory of drinking situations: implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 176-182.
- Berruecos, L. (2017). El abuso en el consumo de alcohol en la comunidad indígena de San Sebastián. *Puebla El Cotidiano*, núm. 201, enero-febrero, pp. 97-106. Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Azcapotzalco, Ciudad de México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32549629011>
- Cañas V., Resendiz E., Mujica A., Soto I., Bustos M., Medina M.E. & Villatoro J. (2018). Resultados principales de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017:

- resultados del estado de Querétaro. Hoja resumen. México: INPRFM, INSP, CONADIC, SS.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP). Cámara de Diputados. (2018) Nota informativa de IEPS a cervezas y bebidas alcohólicas. Recuperado de: <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2018/notacefp0302018.pdf>
- Del Pino A. & Correa B. Alcoholismo en jóvenes universitarios de diferentes carreras. *Psicología de la Salud*, 1 (2).
- Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (2014): marco conceptual. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, c2015.
- Fantin M.B. & Morales C. (2007). Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. Universidad Nacional de San Luis-Argentina. *Fundamentos en Humanidades*. 1(15): 135.
- Ferrett H.L., Carey P.D., Thomas K.G., Tapert S.F. & Fein G. (2010). Neuropsychological performance of South African treatment-naïve adolescents with alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 110(1-2), 8-14.
- García-Moreno L., Expósito J., Sanhueza C. & Angulo M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20(3), 271-280. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122035007.pdf>
- Guerra A. & García L. (2013). Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. Centro de Información sobre Salud y Alcohol (CISA). Recuperado de: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsecuencias-es-cap2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) (INEGI). Anuario Estadístico de Querétaro 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Gobierno del Estado de Querétaro. México: INEGI, c2010. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825201333-1/702825201333-1_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) (INEGI). Consulta de infraestructura y características de localidades con menos de 5 mil habitantes, México: INEGI, c2010. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/tmp/scitel/consultas/index#>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y Delincuencia (ECOPRED) 2014. [Internet] 2017 [Consultado el 5 de diciembre del 2018]. Disponible en: www.inegi.org.mx
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de Población y Vivienda 2010. Principales resultados por localidad (ITER). Recuperado de: http://sede.queretaro.gob.mx/sites/sede.queretaro.gob.mx/files/estadisticas/poblacion_vivienda/queretaro.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa: Veracruz, Cuernavaca, México, 2013. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ConsumoAlcohol.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas de España (EDADES), 2009/2010.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Ginebra, Suiza. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. [Internet] 2007 [Consultado el 26 de noviembre del 2018], 1:(1). Disponible en: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/
- Palacios D.J. (2018). Structural effect of sensation seeking on the alcohol risk drinking in Mexican youth. *International Journal of Psychological Research*, 11 (2), 19- 26.
- Palacios J. & Álvarez M. (2018). Addictive behaviors associated with possibility of sexually transmission diseases in Mexican young people. *Health and Addictions Journal*, 18 (2), 111-120.
- Pérez E., Cruz L., Hernández N., Gallegos A., Camacho R. & Mendoza M. (2016). Años de vida perdidos (AVP) atribuibles al consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 21(1), 37-44.
- Pérez B. (2002). El alcohol como problema de salud pública. La responsabilidad de los poderes públicos. *Adicciones*, 14(1), 291-301. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/547/539>
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESEOL). Catálogo de localidades: La Solana, Querétaro, 2005/2010. Recuperado de: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=220140110>
- Secretaría de Salud. ENCODAT, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 y 2017: reporte de alcohol. [Internet] 2017 [Consultado 26 de noviembre del 2018]; 1:(3). Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Squeglia L.M., Spadoni A.D., Infante M.A., Myers M.G. & Tapert S.F. (2009). Initiating moderate to heavy alcohol use predicts changes in neuropsychological functioning for adolescent girls and boys. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 715-722. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/40755913_Squeglia_LM_Spadoni_AD_Infante_MA_Myers_MG_Tapert_SF_Initiating_moderate_to_heavy_alcohol_use_predicts_changes_in_neuropsychological_functioning_for_adolescent_girls_and_boys_Psychol_Addict_Behav_23_7
- Thomas F., Babor John C. Higgins-Biddle. (2001). Intervención breve: para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. *Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias*, 1, 5-6. Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IntervBreve_SPA.pdf
- World Health Organization. Alcohol, global status report on alcohol and health (2014). [Internet] [Consultado el 26 de noviembre de 2018]; 1:(13). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1