

**ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN ADOLESCENTES**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN  
MARÍA DEL ROCÍO BALCÁZAR ABUCHAÍBE  
BIBIANA PAOLA CASTILLO TORRES**

**DIRECTOR  
CARLOS GANTIVA DÍAZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Instituto de Postgrados – FORUM  
Facultad de Psicología  
Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia  
(Julio de 2011)**

## ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCHOL EN ADOLESCENTES

### Resumen

El propósito de este estudio fue encontrar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en una población de 85 adolescentes de los grados de octavo a once de bachillerato entre los 14 y 18 años de edad, de un colegio privado en la ciudad de Bogotá. Para esto, se realizó un estudio descriptivo correlacional y se utilizó la Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) desarrollado por Reynolds y Richmond (1997) y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) desarrollado por Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001). Los resultados muestran que existe una correlación positiva entre consumo de alcohol y la subescala de preocupación concentración.

Palabras clave: Ansiedad, alcohol, adolescentes

### Abstract

The purpose of this study was to find the relationship between anxiety and alcohol consumption in a population of 85 adolescents studying in a private school in Bogotá, in grades eighth to eleventh and between 14 and 18 years old. For this, a descriptive correlational study was applied using the Children Manifest Anxiety Scale (CMAS-R) development for Reynolds y Richmond (1997) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) development for Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001). The results show a positive correlation between alcohol consumption and the concerns/concentration subscale.

Key words: Anxiety, alcohol, adolescents

## Introducción

Teniendo en cuenta la prevalencia de la ansiedad en los jóvenes en la actualidad por diferentes aspectos que los rodea y de la misma manera el aumento del consumo de alcohol en ésta etapa de la vida, es de gran interés indagar si existe relación entre estas dos variables.

Investigaciones realizadas en Colombia han encontrado que la edad de inicio para el consumo de alcohol se presenta cada vez en edades más tempranas (Albarracín y Muñoz, 2008), la media de edad de inicio de consumo aproximadamente es a los 11.9 años (Cicua y cols, 2007). El Estado colombiano manifiesta que el aumento de consumo de alcohol en los adolescentes se ha convertido en una de las mayores preocupaciones sociales (Ministerio de Protección Social ,2005).

El adolescente Colombiano podría estar expuesto diariamente a situaciones generadoras de ansiedad, ya sea dentro del contexto familiar, social o escolar, Albarracín y Muñoz (2008), plantean que los jóvenes consumen alcohol en situaciones en las cuales manifiestan emociones tanto negativas como positivas, siendo las primeras las de mayor nivel de significancia. Por la etapa de desarrollo en la que se encuentra y ante la inmadurez tanto física, biológica y emocional del adolescente, no cuentan aún con un repertorio de habilidades que le permita abordar y resolver las dificultades de una forma adecuada, llevándolo a buscar estrategias no acertadas para afrontar el problema, como consumir alcohol u otro tipo de sustancias. Luengo, Mirón y Otero (1990), refieren que algunas personas ante la pérdida de control de una situación estresante, toman como estrategia de afrontamiento el consumo de alguna sustancia.

## *Ansiedad*

El término ansiedad proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción definido como estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Saavedra, 2010).

Virues (2005), describe la ansiedad como una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

La Liga Colombiana de lucha contra la depresión (2010), divide la ansiedad en ansiedad positiva la cual permite que las personas se alerten ante un peligro real o ante un estímulo que se perciba amenazante. El organismo reacciona para adaptarse; el cuerpo y la mente se preparan para la situación y reaccionar consecuentemente (ataque o huida). Y la ansiedad negativa, consiste cuando el problema surge en el momento que el cerebro interpreta un peligro irreal, consecuencia de la imaginación, dado por pensamientos negativos y repetitivos, un cambio brusco en la vida, situaciones de estrés o preocupaciones constantes.

Según Barlow y Durand (2005, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010) la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro.

En la misma línea, la American Psychiatric Association (1994), define que la ansiedad es un "estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprehensión respecto del futuro". Barlow (2001) la define como una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular.

Teniendo en cuenta las diferentes definiciones, se puede decir que la ansiedad posee un carácter adaptativo, puesto que ayuda a la supervivencia activando los recursos del organismo. La ansiedad en un nivel moderado es buena para los seres humanos, tal como lo plantea, Amóros, Espada y Méndez (2005). Pero en ocasiones, la ansiedad alcanza una intensidad elevada o aparece en situaciones donde no hay motivo de alarma real, perdiendo su valor adaptativo, provocando malestar y un anómalo funcionamiento psicosocial y fisiológico, repercutiendo en el ámbito social, escolar, personal y familiar. (Amóros, et al, 2005).

Con respecto al ámbito escolar, la ansiedad o algunos componentes del constructo de ansiedad muestran consistentemente relaciones negativas con diversas medidas del rendimiento académico. Por tanto, se concluye que estas respuestas de ansiedad que genera el sujeto en estos contextos traen como consecuencia problemas desfavorables en su rendimiento (Ferrando, Varea y Lorenzo, 2004 y Carda, 2003, citado en Moreno y cols., 2009).

Desde otro punto de vista, Sierra, Lara y Santana (2004; citados por Moreno y cols., 2009) enfatizan que en los niños es importante, rescatar, exponer y reconocer las respuestas de ansiedad, ya que al no ser reveladas en un momento oportuno traen consecuencias negativas al individuo.

Moreno y cols (2009) dan a conocer que uno de los problemas que genera la ansiedad es el bajo rendimiento académico escolar. Los adolescentes sienten preocupación por una asignatura determinada o por la actitud de algún profesor en concreto; en ese caso también se puede sentir incapaz de superar las tareas que debe realizar en el colegio; miedo a los exámenes, y la ansiedad exagerada es la razón principal por la que muchos presentan un rendimiento bajo en los exámenes.

Por otro lado, se deben tener en cuenta las estrategias o estilos de afrontamiento que asumen las personas con ansiedad. Por lo tanto, los estilos o estrategias de afrontamiento

constituyen un fenómeno ampliamente estudiado, identificándose como una variable mediadora de la adaptación de la persona a eventos altamente estresantes. Según Fernández (1997; citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010) se pueden identificar tres dimensiones básicas, a lo largo de las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento. A) el método empleado en el afrontamiento, dentro del cual se distinguen el estilo de afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo; b) la focalización del afrontamiento, en la que están el estilo de afrontamiento dirigido al problema, a la respuesta emocional (López, Riu & Bscheid, 2005, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010) y dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación; y c) la actividad movilizada en el afrontamiento, dentro de la cual se distinguen el estilo de afrontamiento cognitivo y el conductual

Por otro lado, Lazarus (2000, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010) define los estilos de afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas, como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (pg2).

Entre los síntomas de origen no físicos y que están más relacionados con el componente cognitivo que destaca la Liga Colombiana de lucha contra la depresión (2010) se encuentran: la falta de concentración, miedo desmesurado, obsesiones anormales y exageradas, angustia, pensamientos repetitivos y obsesivos, inseguridad, miedo a morir, miedo a sufrir un infarto, sensación de irrealidad, evitaciones, compulsiones.

Dentro de los aspectos fisiológicos enmarcados en la ansiedad se pueden describir los siguientes. La Liga Colombiana de lucha contra la depresión (2010) destaca los siguientes aspectos fisiológicos: opresión en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, fuertes sacudidas del corazón, taquicardia, sudoración excesiva, nerviosismo, temblores, náuseas, mareos, dolor abdominal o nervios en el estómago, tensión muscular, insomnio, sensación de no haber

descansado al levantarte, escalofríos, subidas o bajadas de la tensión arterial, dolor de cabeza, falta de apetito, visión borrosa, entumecimiento en brazos y piernas, desorden en la respiración, cansancio, entre otros.

Por otro lado, la ansiedad produce una hiperactividad vegetativa que se manifiesta con, respiración superficial y rápida, dilatación de las pupilas, bruxismo (apretar los dientes de manera inconsciente), sensación de ahogo o mareo, temblores en las extremidades, contracciones nerviosas, sensación de pérdida de control o del conocimiento, rigidez muscular, debilidad muscular, dolor de cabeza, sudoración o accesos de calor, náuseas, diarrea o necesidad frecuente de orinar, sensación de tener un nudo en la garganta, insomnio, inquietud motora, fatiga, sequedad de boca, dificultad para deglutir, dolor abdominal (Navarrete, 2010).

Por otro lado, existen alteraciones del estado de ánimo (tristeza o llanto repentino, irritabilidad), acciones compulsivas (fumar, beber o comer en exceso), evitar ciertas situaciones que generan temor o malestar, intranquilidad motora, ir de un lado para otro sin una finalidad explícita, paralizarse o bloquearse en determinadas situaciones, dificultades para la comunicación, etc. (Navarrete, 2010).

Ahora, teniendo ya el conocimientos sobre las reacciones cognitivas, conductuales y fisiológicas que son producidas por la ansiedad, a continuación se darán a conocer algunas teorías explicativas sobre esta temática.

Desde una visión biológica, se explica que la ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. (Virues, 2005). Algunos estudios muestran que existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la anatomía

cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales, así como diferencias respecto a la fisiología y fisiopatología de otros sistemas corporales, diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos (Altemus, 2009). Estudios plantean que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán y Espinar-Fellmann, 2008).

Desde el modelo cognitivo, se considera la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. La persona “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Este modelo plantea que, la vulnerabilidad patológica es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos (Díez & Sánchez, 2000, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010).

Por otro lado, se refiere que la percepción está alterada por los procesos atencionales que ayudan a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica. Esto hace que se preste mayor atención a la información que pueda ser amenazante que a la neutral y casi cualquier estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo. Este modelo propone que es la interpretación negativa de los hechos la que explica el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad, y que da pie a la activación de creencias disfuncionales a partir de un suceso real (Beck & Clark, 1988, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010).

La teoría conductista se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Entonces, para esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido



erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza (Virues, 2005).

### *Alcohol*

El alcohol etílico o etanol, tiene una fórmula química  $C_2H_5OH$ . El cual se obtiene por medio de la fermentación del almidón y la glucosa de algunos alimentos (Pérez, 2000). La fermentación alcohólica transforma los jugos azucarados de los frutos en bebidas alcohólicas. La destilación consiste en vaporizar parcialmente un líquido y condensar los vapores formados para separarlos. Se aplica a los productos agrícolas idóneos de producir alcohol por medio de la fermentación. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico (Pons y Berjano, 1999).

Los distintos tipos de etanol se obtienen a través de dos procesos: el primero es la fermentación directa de algunos alimentos, proceso por el cual se obtienen bebidas como la cerveza (fermentación de la cebada), la chicha (fermentación del maíz), el guarapo (fermentación de la miel de caña), y el vino (fermentación de las uvas); el segundo de los procesos se denomina destilación, por medio de éste se logran el aguardiente (a partir de la caña de azúcar), el vodka (a partir de la papa), el brandy (a partir de las uvas), el whisky (a partir de la cebada), el tequila (del maguey), entre otros (Pérez, 2000).

### Clasificación del Alcohol dentro de las Sustancias Psicoactivas

Las sustancias psicoactivas (SPA) pueden clasificarse de acuerdo al efecto que tienen sobre el sistema nervioso central (SNC), de esta manera es posible identificar cuatro clases, las sustancias depresoras, estimulantes, alucinógenas y mixtas. El alcohol se clasifica dentro

de las sustancias depresoras, las cuales generan en el organismo un efecto inhibitor o depresor de las funciones controladas por el SNC (Gantiva, 2006).

El alcohol, al igual que las benzodiazepinas, actúa sobre receptores del ácido gammaaminobutírico (GABA) en el núcleo accumbens (NAC) y la corteza prefrontal, las cuales modulan la actividad dopaminérgica en dichas áreas. El aumento en los receptores GABA en la corteza y en el giro frontal superior (Ratsma, Van Der Stelt, Gunning, 2002), hace que las zonas de la corteza prefrontal encargadas de procesos de control social se inhiban, creando un efecto inicial de desinhibición que se confunde con efectos característicos de las sustancias estimulantes. La activación de la vía dopaminérgica mesocortical ocasiona hiperactividad dopaminérgica en la corteza prefrontal, lo cual parece estar directamente relacionado con la creación del hábito de consumo en personas dependientes fisiológicamente al alcohol y a otras sustancias, esta teoría es conocida como la teoría de la dopamina (Fernández-Espejo, 2002).

El consumo recurrente de alcohol genera en personas dependientes fisiológicamente, un mecanismo hiposensitivo que disminuye la respuesta del individuo hacia los peligros y la desaprobación social, lo que implica una búsqueda de “emociones fuertes” que les permita experimentar sensaciones placenteras, fenómeno directamente relacionado con el sistema dopaminérgico, que se relaciona, a su vez, con los mecanismos cerebrales encargados de la recompensa, el refuerzo de la conducta y la motivación. Esto lleva a pensar en una estrecha relación entre el consumo de SPA y la dopamina, por lo cual se ha postulado desde el punto de vista neurobiológico la teoría de la dopamina como hipótesis de explicación a la dependencia fisiológica de una sustancia (Gil-Verona, Pastor, Paz, Barbosa, Macías-Fernández, Maniega, Rami-Gonzalez, & Cañizares-Alejos, 2003).

El alcohol produce dependencia física, psicológica y neurológica. Esta sustancia se absorbe a través del intestino delgado y se metaboliza de forma más lenta de lo que se ingiere.

Este químico a través del intestino delgado entra a la sangre y va al cerebro, suprimiendo las funciones principales de autocontrol encaminando a la persona en situaciones de peligro. En bajas concentraciones el alcohol produce euforia, en dosis mayores produce agresividad y en las más altas un efecto narcótico que lleva a la persona a un profundo y pesado sueño (Ortiz, 2008).

En las fases tempranas o intermedias del consumo, la persona comienza a desarrollar tolerancia hacia la sustancia o hacia el transmisor específico liberado por la práctica. Al desarrollar la tolerancia la persona cada vez quiere excitar más a su sistema nervioso ya que el organismo se habitúa a la secreción de grandes cantidades de determinadas sustancias cerebrales específicas (Ortiz, 2008).

Según Ayesta (2002), se considera que la tolerancia se da cuando la administración repetida de etanol produce una disminución en la intensidad de sus efectos. La Tolerancia es, por tanto, pérdida de potencia en la intensidad de un efecto, intensidad que puede ser obtenida habitualmente mediante un incremento de la dosis.

Los efectos de la mayoría de las drogas psicoactivas disminuyen cuando el consumo de la misma se repite, el organismo necesita una dosis cada vez mayor para producir nuevamente un efecto duradero (Kalant 1998; citado por Graña y Carrobles, 1991).

Jaffe (1982), propone 3 tipos de tolerancia: a) disposicional, hace referencia a la capacidad que tiene el organismo de convertir la droga circulante en el torrente sanguíneo en compuestos inactivos que son excretados; b) tolerancia farmacodinamica, la cual señala a los cambios que se producen dentro de los sistemas afectados, de manera que una misma cantidad de droga que alcanza sus sitios de acción produce un efecto menor; c) conductual, se refiere a que los estímulos ambientales que están asociados al consumo de drogas influye en la aparición de la tolerancia, ya que no solo depende de la experiencia directa con la droga, sino también con los estímulos ambientales que rodean esta situación de consumo.

Suprimir el consumo de alcohol puede generar estados de angustia, confusión y depresión severa. Es de particular atención en las primeras cuarenta y ocho horas (Ortiz, 2008). El síndrome de abstinencia de alcohol afecta a las personas con consumo crónico de alcohol que lo disminuyen o lo suspenden completamente. En estas personas, el cerebro se ha acostumbrado a un nivel basal de alcohol que tiene un efecto depresor y, cuando este se reduce, el sistema nervioso central sufre una hiperexcitación, causando un cuadro clínico característico. Algunos de los criterios según el DSM IV para el diagnóstico de la abstinencia son: hiperactividad autonómica, temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, crisis convulsivas, entre otras. Esta sintomatología afecta significativamente la calidad de vida de la persona en sus diferentes áreas (Oviedo y Arboleda, SF).

Según Pons y Berjano (1999), existen las siguientes tipologías de consumidores en alcohol: a) Abstemios. No beben nunca o lo hacen infrecuentemente, sólo por especiales compromisos y circunstancias sociales; b) Bebedores moderados. Consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol por unidad de tiempo; c) Bebedores excesivos. Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados, y realizan un promedio anual de borracheras elevado. d) Bebedores patológicos. Son enfermos con síndrome de dependencia física.

Así mismo Ortiz (2008), cataloga al consumidor de alcohol en cuatro grupos: a) “no problemático”, actualmente no se acepta esta categoría, puesto que todo consumo implica riesgo; b) de riesgo, donde hay una búsqueda esporádica de embriaguez; c) peligroso o problemático; d) prejudicial o patológico.

Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001), mencionan las siguientes categorías de consumo: a) consumo moderado b) consumo de riesgo el cual es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. c)

consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. d) consumo excesivo de alcohol supone un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción.

#### Consumo de alcohol en adolescentes

En Colombia, la Dirección Nacional de Estupefacientes (1996; citado por Briñez, Duarte y Osorio, 2005) y el programa RUMBOS de la Presidencia de la República (2002) reportaron una prevalencia de consumo de alcohol de alrededor de un 88% en jóvenes bogotanos entre los 10 y los 24 años. Cicua, Méndez y Muñoz (2007) en un estudio con adolescentes entre los 12 y 17 años, encontraron que el 66% de ellos reportan consumo de alcohol y que un 18.2% bebe alcohol semanalmente. Barrios y cols. (2004) reportan que un 26% de jóvenes consume alcohol de una a tres veces en el mes.

En Colombia, el programa RUMBOS (2002), refiere un incremento del consumo de alcohol en jóvenes. En 1993 se dio a conocer que el 81% de la población colombiana se embriagaba y que los 15 años de edad es la edad promedio de inicio de consumo. En 1998 se encontró que aproximadamente el 90% de los escolares de secundaria de diferentes sectores de Bogotá consumía algún tipo de bebida alcohólica (aguardiente, vino, cerveza, etc.) dentro de sus celebraciones.

El ICFES (1995), realizó una investigación con relación al consumo de drogas entre éstas el alcohol y encontró que esta sustancia psicoactiva es la de mayor consumo. Así mismo encontró que la edad promedio de inicio es a los 16 años, sin embargo, se evidenció una población de jóvenes que inició su consumo a los 12 años.

En la misma investigación, el 61.9% de jóvenes manifestaron haber consumido alcohol durante el último mes. La prevalencia del consumo por género muestra que el 77.9% de los hombres jóvenes han consumido alcohol en algún momento de su vida y el 65.0% lo ha hecho durante el último año; el 72.5% de la población femenina ha consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida y el 59.3% lo ha hecho durante el último año.

Cicua y cols., en su estudio realizado en el año 2007 en Bogotá con adolescentes escolares entre 12 y 14 años de estratos 4 y 5, encontraron que el 66% de los adolescentes estudiados habían consumido alcohol; identificaron en el 27.3 % un consumo mensual y en el 18% un consumo semanal, con una tendencia de cantidad de consumo de una a tres botellas de cerveza y media botella de aguardiente. La media de la edad de inicio fue de 11 años.

Mora (2000; citado por Álvarez y Velasco 2002) plantea que los jóvenes se embriagan para evadir problemas, entre otras muchas situaciones. Así mismo se encontró una relación entre el uso del alcohol y evasión del compromiso académico.

Existen otros factores propios del individuo, que lo hace vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas, los cuales son denominados situaciones personales, en donde se encuentran emociones desagradables frente a un evento (Annis, Graham y Davis, 1998). Botvin y Botvin (1992), plantean que los factores individuales “en el individuo”, podrían determinar una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad al consumo de este tipo de sustancias.

Luengo, Mirón y Otero (1990), refieren que algunas personas ante una situación vital estresante, la cual produce una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente, toman como estrategia de afrontamiento el consumo de alguna sustancia.

## Pregunta de investigación

¿Existe relación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes de un Colegio privado de la ciudad de Bogotá?

## Objetivo General

Identificar la relación entre ansiedad y el consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.

## *Objetivos Específicos*

Identificar el nivel de consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.

Identificar los niveles de ansiedad en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.

## *Definición de variables*

Variable predictora

Ansiedad:

Manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular (Barlow, 2001).

## Variable criterio

### Consumo de alcohol:

Indulgencia en el consumo y dependencia de una sustancia que lleva a efectos que generan un detrimento en la salud física y mental de la persona que lo realiza, o el bienestar de otros.

(Recuperado el 5 de Julio de 2011 en [http://es.wikipedia.org/wiki/Abuso\\_de\\_sustancias](http://es.wikipedia.org/wiki/Abuso_de_sustancias)).

## Método

### Diseño

Esta investigación utiliza un diseño descriptivo correlacional ya que se pretende medir la relación que tiene la ansiedad con el consumo de alcohol. Es descriptivo porque busca medir, evaluar o recolectar datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Dannke, 1989; citado por Hernández, Fernández, Baptista, 2003). Es correlacional porque es el estudio que se encarga de identificar la relación entre dos o más conceptos o variables.

### Participantes

En la investigación participaron 85 estudiantes, 62 mujeres y 23 hombres entre los 14 y 18 años de edad y un promedio de edad de 16 años, de 8° a 11° de bachillerato, de estrato socioeconómico 5 y 6 de un colegio privado de la Ciudad de Bogotá.

### Instrumentos

1. *CMAS - R*: Instrumento desarrollado por Reynolds y Richmond (1997), la cual es subtitulada *lo que pienso y siento*. Este es un instrumento de auto - informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes



de 6 a 19 años de edad. La totalidad de las puntuaciones dan el Índice de Ansiedad Total pero también proporcionan cuatro calificaciones adicionales. a) Ansiedad fisiológica: asociada a manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades de sueño, náusea y fatiga. b) Inquietud/hipersensibilidad, asociada a preocupaciones obsesivas acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma social. c) Preocupaciones sociales /concentración, la cual se utiliza para discriminar a niños con problemas escolares. Esta escala se asocia con pensamientos distractores y ciertos miedos, la mayoría de naturaleza social o interpersonal que producen dificultades de atención y concentración. d) Escala de Falsedad/mentira, diseñada para detectar conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas. Este instrumento es muy útil en la evaluación de niños /adolescentes con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, drogodependencias, conductas perturbadoras, problemas de personalidad, etc. La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS – R, define la ansiedad como punto de corte, un puntaje  $T > 60$  ó más. La manera de aplicación puede ser individual o colectiva. Tiempo: 15 minutos aproximadamente.

Con relación a los coeficientes de confiabilidad alfa para las puntuaciones de ansiedad total en varones y mujeres de raza blanca, negra en 12 niveles, el rango completo de edad, los estimados de confiabilidad fueron de .84 para varones blancos, .85 para varones negros, .85 para mujeres blancas y .78 para mujeres negras. Para la mayor parte, los coeficientes de confiabilidad son consistentes a través de grupo, étnico, edad y sexo. (Ver anexo 1).

Por otro lado, es importante destacar que este instrumento se ha utilizado en otras investigaciones con población colombiana. Por ejemplo, es el caso de la investigación que realizó Moreno y cols (2009), sobre la asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares.

2. *AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)*: este instrumento fue desarrollado por Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001), con el propósito de detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol. Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, las cuales se puntúan en una escala de 0 a 4. La calificación está agrupada en cuatro categorías: consumo moderado que es igual a una puntuación entre 0 a 7; consumo de riesgo 8 a 15; consumo perjudicial 16 a 19 y consumo dependiente de 20 a 40.

El AUDIT es el único test de tamizaje diseñado específicamente para uso internacional (OMS, 2001). Numerosos estudios han investigado sus propiedades psicométricas (Reinert & Allen, 2007, citado por Fuentes, Cremonte, Brandariz, Romina, Biscarra, Lichtenberger, SF), arrojando resultados altamente satisfactorios que lo han posicionado como válido y confiable para la detección del consumo patológico de alcohol, en pacientes de atención primaria y en población general de distintos países (Reinert & Allen, 2007).

Con respecto a la validez, la validez fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. El AUDIT difiere de otros tests de screening de auto-pase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un razonamiento estadístico-

conceptual explícito para la selección de items, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez». (Ver anexo 2).

### Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se efectuó en las siguientes fases teniendo en cuenta el análisis cuidadoso de las consideraciones éticas:

Fase I: Búsqueda de información. Durante esta fase se realizó la recolección de investigaciones y soportes teóricos para dar sustento al marco teórico de este ejercicio investigativo.

Fase II: Solicitud de permiso y selección de la muestra. Solicitar al Colegio el permiso pertinente para la aplicación de cuestionarios a los estudiantes de los grados de octavo a once de bachillerato. Así mismo solicitar a los padres de familia el consentimiento informado (ver apéndice 3) y a los estudiantes el asentimiento (ver apéndice 4) para la aplicación de estos cuestionarios.

Para obtener el consentimiento de los padres de los estudiantes, por medio del colegio se envía una carta explicándoles el propósito de la investigación y el procedimiento que se llevará a cabo para la aplicación de los cuestionarios. Adjunto a la carta se envía el consentimiento informado correspondiente el cual tendrá que ser devuelto por los padres diligenciado dando el aval o la autorización de que su hijo/a participe de la investigación y manteniendo la confiabilidad pertinente de los resultados de cada estudiante.

Fase III: Aplicación de los instrumentos. Al tenerse la autorización, dada por el colegio y padres, se procedió a la explicación a los estudiantes sobre los objetivos de la investigación, aclarando que ellos tenían la libertad y posibilidad de elegir si querían participar o retirarse en cualquier momento de la aplicación; una vez realizado ello, firmaron el Asentimiento Informado; posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos.

Fase IV: Análisis de resultados y elaboración informe final. Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico. Entrega y exposición de los resultados al colegio.

## Resultados

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a los datos obtenidos a través de la aplicación del CMAS-R y el AUDIT, así como de las correlaciones obtenidas entre estos dos instrumentos.

### *Ansiedad en adolescentes escolarizados*

En la tabla 1 se observa que la media para ansiedad total es de 16,51. Este puntaje se encuentra por debajo de 50 que es la media propuesta para ansiedad total en el instrumento CMAS-R, lo cual indica que no hay ansiedad significativa en los estudiantes. Así mismo se encuentra que dentro de las subescalas del instrumento, la que arroja la media más alta (6,61) es inquietud hipersensibilidad y el puntaje menor (2,60) se encuentra en la subescala preocupación concentración. Sin embargo no revelan puntajes significativos para ansiedad.

Tabla 1. Puntajes del CMAS-R en una muestra de adolescentes escolarizados

	Media	DS
Ansiedad total	16,51	4,973
Ansiedad fisiológica	4,35	2,063
Inquietud hipersensibilidad	6,61	2,279
Preocupación concentración	2,60	1,891

Como se observa en la tabla 2 la media en ansiedad total en mujeres es de 17,48 mientras que en los hombres es de 13,87, esta diferencia es estadísticamente significativa (0,02), lo que indica niveles mayores de ansiedad en mujeres que en hombres. Estos resultados se repiten en todas las subescalas del instrumento siendo siempre mayor los puntajes en las mujeres.

Tabla 2. Diferencias de medias entre hombres y mujeres respecto a los puntajes de CMAS-R

	Sexo	Media	DT.	Sig. (bilateral)
Ansiedad Total	Mujer	17,48	4,871	,002**
	Hombre	13,87	4,320	
Ansiedad –fisiológica	Mujer	4,65	2,097	,031**
	Hombre	3,57	1,779	
Inquietud- hipersensibilidad	Mujer	7,02	2,294	,006**
	Hombre	5,52	1,880	
Preocupación- concentración	Mujer	2,84	1,909	,056*
	Hombre	1,96	1,718	

\*  $p < 0,1$

\*\*  $p < 0,05$

En la tabla 3 se evidencia que el grupo que presenta mayor nivel de ansiedad total es décimo grado (media 19,17) y el menor nivel de ansiedad total se encontró en once grado (14,58). Con respecto a la subescala ansiedad fisiológica los puntajes son similares entre los grados, siendo ligeramente mayor la media en once grado. Con respecto a la subescala inquietud – hipersensibilidad la media más alta se encontró en octavo grado (7,46) y la menor en once grado (5,67). Finalmente, en la subescala Preocupación –concentración el puntaje más alto está en décimo grado (3,58).

Tabla 3. Puntajes del CMAS-R de acuerdo al grado

	Media 8°	Media 9°	Media 10°	Media 11°
Ansiedad Total	17,64	15,27	19,17	14,58
Ansiedad –Fisiológica	4,54	4,12	4,33	4,58
Inquietud –Hipersensibilidad	7,46	6,18	6,75	5,67
Preocupación –concentración	2,79	2,18	3,58	2,33

#### *Consumo de alcohol en adolescentes escolarizados*

En la tabla 4, se observa que la media total en consumo de alcohol es de 3,16 ubicando a esta muestra según la escala de calificación del AUDIT, en consumo moderado.

Tabla 4. Consumo de alcohol

	Media	Desv. típ.
AUDIT	3,16	4,217

Con respecto a los resultados obtenidos en la aplicación del AUDIT entre hombres y mujeres, se encontró diferencias significativas evidenciando mayores puntajes en los hombres

(4,52) que en las mujeres (2,66). Sin embargo siguen ubicándose dentro de la categoría de consumo moderado.

Tabla 5. Diferencias por sexo en el puntaje del AUDIT

Sexo	Media	Desviación		Sig. (bilateral)
		típ.		
Mujer	2,66	3,363		,070*
Hombre	4,52	5,822		

\*  $p < 0,1$

En la tabla 6, se observa que el grupo con mayor puntaje es once grado (5,75) y el menor puntaje se obtuvo en octavo grado (2,18).

Tabla 6. Descripción del consumo de alcohol por grupos

	Media 8°	Media 9°	Media 10°	Media 11°
AUDIT	2,18	3,27	2,58	5,75

*Relación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados*

De acuerdo a la tabla 7, se observa una correlación significativa entra la subescala de ansiedad preocupación-concentración y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.

Tabla 7. Correlación entre los puntajes del CMAS-R y el AUDIT en una muestra de adolescentes escolarizados.

CMAS-R		AUDIT
Ansiedad/Total	Coefficiente de correlación	-,045
Ansiedad/fisiológica	Coefficiente de correlación	,176
Inquietud/hipersensibilidad	Coefficiente de correlación	-,115
Preocupación/concentración	Coefficiente de correlación	,227*

\*  $p < 0,1$

### Discusión

Una vez analizados los datos, se puede decir que no hay puntajes que indiquen ansiedad en los estudiantes evaluados al obtener una media para ansiedad total de 16,51, pues según Reynolds y Richmond (1997), la media para ansiedad total es 50. Así mismo en las subescalas de ansiedad no se reflejan puntajes que sean significativos para revelar ansiedad en los estudiantes. Con respecto a lo anterior, se puede decir, que los puntajes obtenidos a pesar de no ser significativos muestran que la ansiedad existe en las personas en niveles moderados siendo adaptativa, puesto que ayuda a la supervivencia. Amóros, Espada y Méndez (2005) refieren que la ansiedad en un nivel moderado es buena para los seres humanos.

Así mismo se evidenció que las mujeres obtuvieron un puntaje más alto (17, 48) en ansiedad total que los hombres (13, 87), indicado una mayor probabilidad de desarrollar cuadros de ansiedad en las mujeres. Esta diferencia entre sexos con respecto a la ansiedad se



ha evidenciado también en otros estudios, donde se plantea que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán y Espinar-Fellmann, 2008).

La subescala de ansiedad que obtuvo mayor puntaje fue inquietud-hipersensibilidad (6, 61), la cual sugiere que los adolescentes podrían presentar preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, muchas de ellas relativamente vagas y mal definidas en su mente. Junto con miedo de ser lastimado o asilado de forma emocional (Reynolds y Richmond, 1997). Tal como lo plantea la liga Colombiana de lucha contra la depresión (2010), refiriendo que el problema surge en el momento que el cerebro interpreta un peligro irreal, consecuencia de la imaginación, dado por pensamientos negativos y repetitivos, un cambio brusco en la vida, situaciones de estrés o preocupaciones constantes.

Así mismo se encontró que el grupo que presentó mayor puntaje en ansiedad total, fue décimo grado (19,17) y la mayor puntuación en la escala preocupación-concentración (3,58). Moreno y cols (2009) comentan que los adolescentes sienten preocupación por una asignatura determinada o por la actitud de algún profesor en concreto; en ese caso también se puede sentir incapaz de superar las tareas que debe realizar en el colegio; miedo a los exámenes, y la ansiedad exagerada es la razón principal por la que muchos presentan un rendimiento bajo en los exámenes. Según el Reynolds y Richmond (1997), esta subescala es útil para discriminar a los adolescentes con problemas escolares y dificultades en atención y concentración.

En cuanto al consumo de alcohol en adolescentes se encontró que la población se ubica en un consumo moderado (3,16) tal como lo plantean Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001). Pons y Berjano (1999) refieren que los bebedores moderados consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol por unidad de tiempo. Sin embargo se encontró que los hombres puntuaron más alto (4, 52) con respecto

a las mujeres (2,66). Esta diferencia de sexo se asemeja a los resultados encontrados en el estudio realizado por ICFES (1995), donde refiere un mayor porcentaje de consumo en hombres (77,9%) que en las mujeres (72,5%).

Por otro lado, se encontró que once grado fue el grupo con mayor puntaje en consumo de alcohol (5,75), sin embargo se ubican en la categoría de consumo moderado.

Con respecto a la correlación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes, se encontró como dato importante que la subescala preocupación-concentración muestra una correlación positiva (.227) con respecto al consumo de esta sustancia, es decir que al incrementar el nivel de preocupación de los adolescentes se podría incrementar el consumo de alcohol. Mora (2000, citado por Álvarez y Velasco 2002) plantea que los jóvenes se embriagan para evadir problemas, entre otras muchas situaciones. Así mismo, Annis, et al (1998), plantean que existen factores propios del individuo, que lo hace vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas, los cuales son denominados situaciones personales, en donde se encuentran emociones desagradables frente a un evento. Los factores individuales podrían determinar una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad al consumo de este tipo de sustancias (Botvin y Botvin, 1992).

Se concluye que el consumo de alcohol está relacionado con el nivel de preocupación en los adolescentes. Esto podría estar dado por su etapa de desarrollo y algunas variables del contexto, en este caso podría atribuirse a las exigencias escolares.

Finalmente es importante tener en cuenta para próximas investigaciones que la muestra del estudio sea representativa para la población, así como equitativa en el número de participantes de cada sexo, lo que permitirá que los resultados sean válidos y confiables. Así mismos se considera relevante que los estudios que se realicen en la población Colombiana, cuenten con instrumentos validados para esta población.

## Referencias

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, R., Graaf, K., Demyttenaere, I., Gasquet, J.M., Haro, S.J., Katz, R.C., Kessler, V., Kovess, J.P., Lépine, J., Ormel, G., Polidori, L.J., Russo, G., Vilagut, J., Almansa, S., Arbabzadeh-Bouchez, J., Autonell, M., Bernal, M.A., Buist-Bouwman, M., Codony, A., Domingo-Salvany, M., Ferrer, S.S., Joo, M., Martínez-Alonso, H., Matschinger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Morosini, C., Palacín, B., Romera, N., Taub, W.A. y Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 21–27.

Altemus, M. (2009). Neurobiología, sexo y género. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*, (pp. 47-62) Barcelona: Elsevier Masson.

Álvarez, N. y Velasco, P. (2002). *El consumo de alcohol, el comportamiento sexual y el comportamiento violento en jóvenes de Bucaramanga*. Bucaramanga, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.

Amorós, M., Carrillo, X., Alcázar, A., Saura, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 193-204, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Universidad de Murcia (España)

Barlow, D (2001). *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. (2ª Ed) Ed.Thomson Learning

Barrios, M., Bermúdez, J., Bonilla, R., Camacho, D., Cano, C., Durán, E., Navarro, F., Quiroga, B., Sandoval, J. y Torrado, M. (2004). *Situación Actual y Prospectiva De La Niñez y La Juventud en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia

Botvin, G.J. y Botvin, E.M.(1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13 (4), 290-301.

Brandariz, R., Biscarra, M., Cremonte, M., Fuentes, A., Lichtenberger, A. (SF). Análisis dimensional del Test de identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de la UNMDP.

Bríñez, J., Duarte, A. y Osorio, L. (2005). *Situaciones Psicosociales que favorecen el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas*. Trabajo de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Carrasco-Galán, I. y Espinar-Fellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. *Mente y Cerebro*, 31, 12-21

Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2007) *Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a estratos 4 y 5*. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

- Fernández- Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 34(7): 659-664.
- Gantiva, C. (2006). Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento en la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente. Trabajo de Grado: Universidad Católica de Colombia.
- Gantiva, C; Luna, A; Dávila, A; Salgado, M (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina* 4(1), 63-70.
- Gil-Verona, J.A., Pastor, J.F., Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J.A., Maniega, M.A., Rami-Gonzalez, L., & Cañizares-Alejos, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*. 36(4): 361-365.
- Graña, J; Carrobles, J (1991). Condicionamiento Clasico en la Adiccion. *Psicothema*, 3 (1), 87-96.
- ICFES (1995). Educación superior y drogas. En procura de respuestas. Procesos editoriales. Bogotá.
- Jaffe, H (1982). Drogadiccion y Abuso de Drogas. En A. Goodman y A Gilman. *Las Bases de la Terapeutica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Liga Colombia de lucha contra la depresión. Extraído el 26 de septiembre, 2010, de <http://ligacolombianacontraladepresion.blogspot.com/2010/09/la-ansiedad.html>

- Luengo, A., Mirón, L. y Otero, J.M. (1990). Factores de riesgo en el consumo de drogas en los adolescentes. En Fundación Caixa Galicia, *Drogodependencias y Sociedad*, pp. 147-165. Santiago de Compostela: Fundación Caixa Galicia.
- Ministerio de Protección Social. (2005). Encuesta sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Moreno y cols. (2009). *Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares*. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá
- Navarrete, M. (2010). La ansiedad ¿cómo nos afecta? Extraído el 25 de octubre, 2010, de <http://www.guiadelasalud.info/articulo.php?art=638&id=480>
- Ortiz, A (2008). La adicción y trastornos alimenticios. Ed. Da Vinci.
- Pérez, A. (2000). El libro de las drogas. Bogotá: Ediciones Carrera 7ª
- Pons, J; Berjano, E (1999). El consumo de alcohol en la adolescencia: Un Modelo Explicativo desde la Psicología Social. Universidad de Valencia.
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y., Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

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

Rumbos. (2002). *Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Presidencia de la República.

Saavedra, G. (1997). *Ansiedad*. Extraído el 20 de octubre, 2010, de

<http://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad.shtml>.

Virues, R. (2005). *Estudio sobre la ansiedad*. Revista Electrónica PsicologíaCientífica.com. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Nuevo León – México. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

GreenFacts, Hechos sobre la Salud y el Medioambiente. Consumo excesivo de alcohol. Extraído el 5 de julio, 2011, de <http://www.greenfacts.org/es/glosario/abc/consumo-excesivo-alcohol.htm>

## **ANEXO 1**

### **CMAS-R**



## **ANEXO 2**

### **AUDIT**

**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PADRES DE FAMILIA**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

aceptamos que mi hijo/a participe en el estudio del trabajo de grado **“Relación de la ansiedad y el consumo de alcohol en adolescentes de un colegio privado de Bogotá”**, el cual tiene por objetivo identificar si existe relación entre la ansiedad como factor de riesgo en el consumo de alcohol en un grupo de adolescentes.

Entiendo que la información aquí recolectada es confidencial y anónima y solo se utilizará para fines investigativos, y que puedo conocer los resultados poniéndome en contacto con alguno de los investigadores responsables a través de los datos que se encuentran a continuación:

**Datos de contacto investigadores responsables**

INVESTIGADOR	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO 4****ASENTIMIENTO INFORMADO  
ESTUDIANTE**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con TI ( ) ó CC ( )  
número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ acepto  
participar en el trabajo de grado “**Relación de la ansiedad y el consumo de alcohol en  
adolescentes de un colegio privado de Bogotá**”, el cual tiene por objetivo identificar si  
existe relación entre la ansiedad como factor de riesgo en el consumo de alcohol en un  
grupo de adolescentes.

Entiendo que la información aquí recolectada es confidencial y anónima y solo se utilizará  
para fines investigativos, también que puedo conocer los resultados o abandonar mi  
participación poniéndome en contacto con alguno de los investigadores responsables a  
través de los datos que se encuentran a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN ADOLESCENTES**

**MARÍA DEL ROCÍO BALCÁZAR ABUCHAÍBE  
BIBIANA PAOLA CASTILLO TORRES**

**DIRECTOR  
CARLOS GANTIVA DIAZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Instituto de Postgrados – FORUM  
Facultad de Psicología  
Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia  
(Septiembre de 2011)**

**ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN ADOLESCENTES**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Instituto de Postgrados – FORUM  
Facultad de Psicología  
Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia  
(Septiembre del 2011)**

### Resumen

El propósito de este estudio fue encontrar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en una población de 85 adolescentes de los grados de octavo a once de bachillerato entre los 14 y 18 años de edad, de un colegio privado en la ciudad de Bogotá. Para esto, se realizó un estudio descriptivo correlacional y se utilizó la Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) desarrollado por Reynolds y Richmond (1997) y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) desarrollado por Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001). Los resultados muestran que existe una correlación positiva entre consumo de alcohol y la subescala de preocupación concentración. Palabras clave: Ansiedad, alcohol, adolescentes

### Abstract

The purpose of this study was to find the relationship between anxiety and alcohol consumption in a population of 85 adolescents studying in a private school in Bogotá, in grades eighth to eleventh and between 14 and 18 years old. For this, a descriptive correlational study was applied using the Children Manifest Anxiety Scale (CMAS-R) development for Reynolds y Richmond (1997) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) development for Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001). The results show a positive correlation between alcohol consumption and the concerns/concentration subscale. Key words: Anxiety, alcohol, adolescents

## Introducción

### *Ansiedad*

La ansiedad es una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular (Barlow, 2001). Es un “estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro” (American Psychiatric Association, 1994).

La ansiedad o algunos componentes de ansiedad dentro del ámbito escolar, muestran consistentemente relaciones negativas con diversas medidas del rendimiento académico. Por tanto, se concluye que estas respuestas de ansiedad que genera el sujeto en estos contextos traen como consecuencia problemas desfavorables en su rendimiento (Ferrando, Varea y Lorenzo, 2004 y Carda, 2003, citado en Moreno y cols., 2009). Así mismo, Moreno y cols (2009), dan a conocer que uno de los problemas que genera la ansiedad es el bajo rendimiento académico escolar. Los adolescentes sienten preocupación por una asignatura determinada o por la actitud de algún profesor en concreto; en ese caso también se puede sentir incapaz de superar las tareas que debe realizar en el colegio; miedo a los exámenes, y la ansiedad exagerada es la razón principal por la que muchos presentan un rendimiento bajo en los exámenes.

Cuando se habla de ansiedad, se debe tener en cuenta las estrategias o estilos de afrontamiento que asumen las personas que la padecen. Por lo tanto, los estilos o estrategias de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado, identificándose como una variable mediadora de la adaptación de la persona a eventos altamente estresantes. Según Fernández (1997; citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010) se pueden identificar tres dimensiones básicas, a lo largo de las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento. A) el método empleado en el afrontamiento, dentro del cual se distinguen el estilo

de afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo; b) la focalización del afrontamiento, en la que están el estilo de afrontamiento dirigido al problema, a la respuesta emocional (López, Riu & Bscheid, 2005, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010) y dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación; y c) la actividad movilizada en el afrontamiento, dentro de la cual se distinguen el estilo de afrontamiento cognitivo y el conductual. Para Lazarus (2000, citado por Gantiva, Luna, Dávila, Salgado, 2010), los estilos de afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas, como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (pg2).

### *Alcohol*

El alcohol etílico o etanol tiene como fórmula química  $C_2H_5OH$ . Éste se obtiene por medio de la fermentación del almidón y la glucosa de algunos alimentos (Pérez, 2000).

El alcohol produce dependencia física, psicológica y neurológica. Esta sustancia se absorbe a través del intestino delgado y se metaboliza de forma más lenta de lo que se ingiere. Este químico a través del intestino delgado entra a la sangre y va al cerebro, suprimiendo las funciones principales de autocontrol encaminando a la persona en situaciones de peligro. En bajas concentraciones el alcohol produce euforia, en dosis mayores produce agresividad y en las más altas un efecto narcótico que lleva a la persona a un profundo y pesado sueño (Ortiz, 2008). El alcohol es una sustancia psicoactiva (SPA) la cual genera en el organismo un efecto inhibitorio o depresor de las funciones controladas por el SNC (Gantiva, 2006).

En Colombia, la Dirección Nacional de Estupeficientes (1996; citado por Briñez, Duarte y Osorio, 2005) y el programa RUMBOS de la Presidencia de la República (2002) reportaron una prevalencia de consumo de alcohol de alrededor de un 88% en jóvenes bogotanos entre los 10 y los 24 años. Cicua, Méndez y Muñoz (2007) encontraron que el 66% de adolescentes entre los 12 y 17 años, reportan consumo de alcohol y que un 18.2% bebe alcohol semanalmente. Barrios



y cols. (2004) reportan que un 26% de jóvenes consume alcohol de una a tres veces en el mes.

El programa RUMBOS (2002), refiere un incremento del consumo de alcohol en jóvenes. En 1993 se dio a conocer que el 81% de la población colombiana se embriagaba y que los 15 años de edad es la edad promedio de inicio de consumo. En 1998 se encontró que aproximadamente el 90% de los escolares de secundaria de diferentes sectores de Bogotá consumía algún tipo de bebida alcohólica (aguardiente, vino, cerveza, etc.) dentro de sus celebraciones. Cicua y cols., en su estudio realizado en el año 2007 en Bogotá con adolescentes escolares entre 12 y 14 años de estratos 4 y 5, encontraron que el 66% de los adolescentes estudiados habían consumido alcohol; identificaron en el 27.3 % un consumo mensual y en el 18% un consumo semanal, con una tendencia de cantidad de consumo de una a tres botellas de cerveza y media botella de aguardiente. La media de la edad de inicio fue de 11 años.

Por otro lado, Mora (2000; citado por Álvarez y Velasco 2002) plantea que los jóvenes se embriagan para evadir problemas, entre otras muchas situaciones. Así mismo se encontró una relación entre el uso del alcohol y evasión del compromiso académico.

Sin embargo, existen otros factores propios del individuo, que lo hace vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas, los cuales son denominados situaciones personales, en donde se encuentran emociones desagradables frente a un evento (Annis, Graham y Davis, 1998). Botvin y Botvin (1992), plantean que los factores individuales “en el individuo”, podrían determinar una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad al consumo de este tipo de sustancias.

Luengo, Mirón y Otero (1990), refieren que algunas personas ante una situación vital estresante, la cual produce una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente, toman como estrategia de afrontamiento el consumo de alguna sustancia.

### Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes de un Colegio privado de la ciudad de Bogotá?

### Objetivo General

Identificar la relación entre ansiedad y el consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.

### *Objetivos específicos*

Identificar el nivel de consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.

Identificar los niveles de ansiedad en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.

### Definición de variables

#### Variable predictora

##### Ansiedad:

Manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular (Barlow, 2001).

#### Variable criterio

##### Consumo de alcohol:

Indulgencia en el consumo y dependencia de una sustancia que lleva a efectos que generan un detrimento en la salud física y mental de la persona que lo realiza,

o el bienestar de otros. (Recuperado el 5 de Julio de 2011 en [http://es.wikipedia.org/wiki/Abuso\\_de\\_sustancias](http://es.wikipedia.org/wiki/Abuso_de_sustancias)).

## Método

### Diseño

Esta investigación utiliza un diseño descriptivo correlacional ya que se pretende medir la relación que tiene la ansiedad con el consumo de alcohol. Es descriptivo porque busca medir, evaluar o recolectar datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Dannke, 1989; citado por Hernández, Fernández, Baptista, 2003). Es correlacional porque es el estudio que se encarga de identificar la relación entre dos o más conceptos o variables.

### Participantes

En la investigación participaron 85 estudiantes, 62 mujeres y 23 hombres entre los 14 y 18 años de edad y un promedio de edad de 16 años, de 8° a 11° de bachillerato, de estrato socioeconómico 5 y 6 de un colegio privado de la Ciudad de Bogotá.

### Instrumento

1. CMAS - R: Instrumento desarrollado por Reynolds y Richmond (1997), la cual es subtítulo lo que pienso y siento. Este es un instrumento de auto - informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. La totalidad de las puntuaciones dan el Índice de Ansiedad Total pero también proporcionan cuatro calificaciones adicionales. a) Ansiedad fisiológica: asociada a manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades de sueño, náusea y fatiga. b) Inquietud/hipersensibilidad, asociada a preocupaciones obsesivas acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en

forma social. c) Preocupaciones sociales /concentración, la cual se utiliza para discriminar a niños con problemas escolares. Esta escala se asocia con pensamientos distractores y ciertos miedos, la mayoría de naturaleza social o interpersonal que producen dificultades de atención y concentración. d) Escala de Falsedad/mentira, diseñada para detectar conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas. Este instrumento es muy útil en la evaluación de niños /adolescentes con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, drogodependencias, conductas perturbadoras, problemas de personalidad, etc. La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS – R, define la ansiedad como punto de corte, un puntaje  $T > 60$  ó más. La manera de aplicación puede ser individual o colectiva. Tiempo: 15 minutos aproximadamente.

Con relación a los coeficientes de confiabilidad alfa para las puntuaciones de ansiedad total en varones y mujeres de raza blanca, negra en 12 niveles, el rango completo de edad, los estimados de confiabilidad fueron de .84 para varones blancos, .85 para varones negros, .85 para mujeres blancas y .78 para mujeres negras. Para la mayor parte, los coeficientes de confiabilidad son consistentes a través de grupo, étnico, edad y sexo. (Ver anexo 1).

Por otro lado, es importante destacar que este instrumento se ha utilizado en otras investigaciones con población colombiana. Por ejemplo, es el caso de la investigación que realizó Moreno y cols (2009), sobre la asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares.

2. AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test): este instrumento fue desarrollado por Babor; Higgins; Saunderson y Monteiro (2001), con el propósito de detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol. Comprende 10 preguntas sobre consumo

reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, las cuales se puntúan en una escala de 0 a 4. La calificación está agrupada en cuatro categorías: consumo moderado que es igual a una puntuación entre 0 a 7; consumo de riesgo 8 a 15; consumo perjudicial 16 a 19 y consumo dependiente de 20 a 40.

El AUDIT es el único test de tamizaje diseñado específicamente para uso internacional (OMS, 2001). Numerosos estudios han investigado sus propiedades psicométricas (Reinert & Allen, 2007, citado por Fuentes, Cremonte, Brandariz, Romina, Biscarra, Lichtenberger, SF), arrojando resultados altamente satisfactorios que lo han posicionado como válido y confiable para la detección del consumo patológico de alcohol, en pacientes de atención primaria y en población general de distintos países (Reinert & Allen, 2007).

Con respecto a la validez, la validez fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test<sup>1</sup> un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. El AUDIT difiere de otros tests de screening de auto-pase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un racionamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de items, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez».

#### Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se efectuó en las siguientes fases teniendo en cuenta el análisis cuidadoso de las consideraciones éticas:

1. Búsqueda de información. Durante esta fase se realizó la recolección de investigaciones y soportes teóricos para dar sustento al marco teórico de este ejercicio investigativo.

2. Fase de solicitud de permiso y selección de la muestra: Solicitar al Colegio el permiso pertinente para la aplicación de cuestionarios a los estudiantes de los grados de octavo a once de bachillerato. Así mismo solicitar a los padres de familia el consentimiento informado (ver apéndice 3) y a los estudiantes el asentimiento (ver apéndice 4) para la aplicación de estos cuestionarios. Mantener la confiabilidad de los estudiantes participantes en la investigación.

Para obtener el consentimiento de los padres de los estudiantes, por medio del colegio se envía una carta explicándoles el propósito de la investigación y el procedimiento que se llevará a cabo para la aplicación de los cuestionarios. Adjunto a la carta se envía el consentimiento informado correspondiente el cual tendrá que ser devuelto por los padres diligenciado dando el aval o la autorización de que su hijo/a participe de la investigación.

3. Fase de implementación: Aplicación de los instrumentos. Al tenerse la autorización, dada por el colegio y padres, se procedió a la explicación a los estudiantes sobre los objetivos de la investigación, aclarando que ellos tenían la libertad y posibilidad de elegir si querían participar o retirarse en cualquier momento de la aplicación; una vez realizado ello, firmaron el Asentimiento Informado; posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos.
4. Fase de finalización: Análisis de resultados y elaboración informe final. Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico. Entrega y presentación de los resultados al colegio.

## Resultados

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a los datos obtenidos a través de la aplicación del CMAS-R y el AUDIT, así como de las correlaciones obtenidas entre estos dos instrumentos.

### *Ansiedad en adolescentes escolarizados*

En la tabla 1 se observa que la media para ansiedad total es de 16,51. Este puntaje se encuentra por debajo de 50 que es la media propuesta para ansiedad total en el instrumento CMAS-R, lo cual indica que no hay ansiedad significativa en los estudiantes. Así mismo se encuentra que dentro de las subescalas del instrumento, la que arroja la media más alta (6,61) es inquietud hipersensibilidad y el puntaje menor (2,60) se encuentra en la subescala preocupación concentración. Sin embargo no revelan puntajes significativos para ansiedad.

Tabla 1. Puntajes del CMAS-R en una muestra de adolescentes escolarizados

	Media	DS
Ansiedad total	16,51	4,973
Ansiedad fisiológica	4,35	2,063
Inquietud hipersensibilidad	6,61	2,279
Preocupación concentración	2,60	1,891

Como se observa en la tabla 2 la media en ansiedad total en mujeres es de 17,48 mientras que en los hombres es de 13,87, esta diferencia es estadísticamente significativa (0,02), lo que indica niveles mayores de ansiedad en mujeres que en hombres. Estos resultados se repiten en todas las subescalas del instrumento siendo siempre mayor los puntajes en las mujeres.

Tabla 2. Diferencias de medias entre hombres y mujeres respecto a los puntajes de CMAS-R

	Sexo	Media	DT.	Sig. (bilateral)
Ansiedad Total	Mujer	17,48	4,871	,002**
	Hombre	13,87	4,320	
Ansiedad –fisiológica	Mujer	4,65	2,097	,031**
	Hombre	3,57	1,779	
Inquietud- hipersensibilidad	Mujer	7,02	2,294	,006**
	Hombre	5,52	1,880	
Preocupación- concentración	Mujer	2,84	1,909	,056*
	Hombre	1,96	1,718	

\*  $p < 0,1$ \*\*  $p < 0,05$ 

En la tabla 3 se evidencia que el grupo que presenta mayor nivel de ansiedad total es décimo grado (media 19,17) y el menor nivel de ansiedad total se encontró en once grado (14,58). Con respecto a la subescala ansiedad fisiológica los puntajes son similares entre los grados, siendo ligeramente mayor la media en once grado. Con respecto a la subescala inquietud – hipersensibilidad la media más alta se encontró en octavo grado (7,46) y la menor en once grado (5,67). Finalmente, en la subescala Preocupación –concentración el puntaje más alto está en décimo grado (3,58).

Tabla 3. Puntajes del CMAS-R de acuerdo al grado

	Media 8º	Media 9º	Media 10º	Media 11º
Ansiedad Total	17,64	15,27	19,17	14,58
Ansiedad –Fisiológica	4,54	4,12	4,33	4,58
Inquietud –Hipersensibilidad	7,46	6,18	6,75	5,67
Preocupación –concentración	2,79	2,18	3,58	2,33



*Consumo de alcohol en adolescentes escolarizados*

En la tabla 4, se observa que la media total en consumo de alcohol es de 3,16 ubicando a esta muestra según la escala de calificación del AUDIT, en consumo moderado.

Tabla 4. Consumo de alcohol

	Media	Desv. típ.
AUDIT	3,16	4,217

Con respecto a los resultados obtenidos en la aplicación del AUDIT entre hombres y mujeres, se encontró diferencias significativas evidenciando mayores puntajes en los hombres (4,52) que en las mujeres (2,66). Sin embargo siguen ubicándose dentro de la categoría de consumo moderado.

Tabla 5. Diferencias por sexo en el puntaje del AUDIT

Sexo	Media	Desviación típ.	Sig. (bilateral)
Mujer	2,66	3,363	,070*
Hombre	4,52	5,822	

\*  $p < 0,1$

En la tabla 6, se observa que el grupo con mayor puntaje es once grado (5,75) y el menor puntaje se obtuvo en octavo grado (2,18).

Tabla 6. Descripción del consumo de alcohol por grupos

	Media 8º	Media 9º	Media 10º	Media 11º
AUDIT	2,18	3,27	2,58	5,75

*Relación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados*

De acuerdo a la tabla 7, se observa una correlación significativa entre la

subescala de ansiedad preocupación-concentración y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.

Tabla 7. Correlación entre los puntajes del CMAS-R y el AUDIT en una muestra de adolescentes escolarizados.

	CMAS-R	AUDIT
Ansiedad/Total	Coeficiente de correlación	-,045
Ansiedad/fisiológica	Coeficiente de correlación	,176
Inquietud/hipersensibilidad	Coeficiente de correlación	-,115
Preocupación/concentración	Coeficiente de correlación	,227*

\*  $p < 0,1$

### Discusión

Una vez analizados los datos, se puede decir que no hay puntajes que indiquen ansiedad en los estudiantes evaluados al obtener una media para ansiedad total de 16,51, pues según Reynolds y Richmond (1997), la media para ansiedad total es 50. Así mismo en las subescalas de ansiedad no se reflejan puntajes que sean significativos para revelar ansiedad en los estudiantes. Con respecto a lo anterior, se puede decir, que los puntajes obtenidos a pesar de no ser significativos muestran que la ansiedad existe en las personas en niveles moderados siendo adaptativa, puesto que ayuda a la supervivencia. Amóros, Espada y Méndez (2005) refieren que la ansiedad en un nivel moderado es buena para los seres humanos.

Así mismo se evidenció que las mujeres obtuvieron un puntaje más alto (17, 48) en ansiedad total que los hombres (13, 87), indicado una mayor probabilidad de desarrollar cuadros de ansiedad en las mujeres. Esta diferencia entre sexos con respecto a la ansiedad se ha evidenciado también en otros estudios, donde se plantea que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar

trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán y Espinar-Fellmann, 2008).

La subescala de ansiedad que obtuvo mayor puntaje fue inquietud-hipersensibilidad (6, 61), la cual sugiere que los adolescentes podrían presentar preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, muchas de ellas relativamente vagas y mal definidas en su mente. Junto con miedo de ser lastimado o asilado de forma emocional (Reynolds y Richmond, 1997). Tal como lo plantea la liga Colombiana de lucha contra la depresión (2010), refiriendo que el problema surge en el momento que el cerebro interpreta un peligro irreal, consecuencia de la imaginación, dado por pensamientos negativos y repetitivos, un cambio brusco en la vida, situaciones de estrés o preocupaciones constantes.

Así mismo se encontró que el grupo que presentó mayor puntaje en ansiedad total, fue décimo grado (19,17) y la mayor puntuación en la escala preocupación-concentración (3,58). Moreno y cols (2009) comentan que los adolescentes sienten preocupación por una asignatura determinada o por la actitud de algún profesor en concreto; en ese caso también se puede sentir incapaz de superar las tareas que debe realizar en el colegio; miedo a los exámenes, y la ansiedad exagerada es la razón principal por la que muchos presentan un rendimiento bajo en los exámenes. Según el Reynolds y Richmond (1997), esta subescala es útil para discriminar a los adolescentes con problemas escolares y dificultades en atención y concentración.

En cuanto al consumo de alcohol en adolescentes se encontró que la población se ubica en un consumo moderado (3,16) tal como lo plantean Babor; Higgins; Saunder y Monteiro (2001). Pons y Berjano (1999) refieren que los bebedores moderados consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol por unidad de tiempo. Sin embargo se encontró que los hombres puntuaron más alto (4, 52) con respecto a las mujeres (2,66). Esta diferencia de sexo se asemeja a los resultados encontrados en el estudio realizado por ICFES (1995), donde refiere un mayor porcentaje de consumo en hombres (77,9%) que en las mujeres (72,5%).

Por otro lado, se encontró que once grado fue el grupo con mayor puntaje en consumo de alcohol (5, 75), sin embargo se ubican en la categoría de consumo moderado.

Con respecto a la correlación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes, se encontró como dato importante que la subescala preocupación-concentración muestra una correlación positiva (.227) con respecto al consumo de esta sustancia, es decir que al incrementar el nivel de preocupación de los adolescentes se podría incrementar el consumo de alcohol. Mora (2000, citado por Álvarez y Velasco 2002) plantea que los jóvenes se embriagan para evadir problemas, entre otras muchas situaciones. Así mismo, Annis, et al (1998), plantean que existen factores propios del individuo, que lo hace vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas, los cuales son denominados situaciones personales, en donde se encuentran emociones desagradables frente a un evento. Los factores individuales podrían determinar una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad al consumo de este tipo de sustancias (Botvin y Botvin, 1992).

Se concluye que el consumo de alcohol está relacionado con el nivel de preocupación en los adolescentes. Esto podría estar dado por su etapa de desarrollo y algunas variables del contexto, en este caso podría atribuirse a las exigencias escolares.

Finalmente es importante tener en cuenta para próximas investigaciones que la muestra del estudio sea representativa para la población, así como equitativa en el número de participantes de cada sexo, lo que permitirá que los resultados sean válidos y confiables. Así mismos se considera relevante que los estudios que se realicen en la población Colombiana, cuenten con instrumentos validados para esta población.

### Referencias

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, R., Graaf, K., Demyttenaere, I., Gasquet, J.M., Haro, S.J., Katz, R.C., Kessler, V., Kovess, J.P., Lépine, J., Ormel, G., Polidori, L.J., Russo, G., Vilagut, J., Almansa, S., Arbabzadeh-Bouchez, J., Autonell, M., Bernal, M.A., Buist-Bouwman, M., Codony, A., Domingo-Salvany, M., Ferrer, S.S., Joo, M., Martínez-Alonso, H., Matschinger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Morosini, C., Palacín, B., Romera, N., Taub, W.A. y Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Supl. 420), 21–27.
- Altemus, M. (2009). Neurobiología, sexo y género. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*, (pp. 47-62) Barcelona: Elsevier Masson.
- Álvarez, N. y Velasco, P. (2002). *El consumo de alcohol, el comportamiento sexual y el comportamiento violento en jóvenes de Bucaramanga*. Bucaramanga, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Amorós, M., Carrillo, X., Alcázar, A., Saura, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 193-204, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Universidad de Murcia (España)
- Barlow, D (2001). *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. (2ª Ed) Ed.Thomson Learning

- Barrios, M., Bermúdez, J., Bonilla, R., Camacho, D., Cano, C., Durán, E., Navarro, F., Quiroga, B., Sandoval, J. y Torrado, M. (2004). Situación Actual y Prospectiva De La Niñez y La Juventud en Colombia. Universidad Nacional de Colombia
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M.(1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13 (4), 290-301.
- Brandariz, R., Biscarra, M., Cremonte, M., Fuentes, A., Lichtenberger, A. (SF). Análisis dimensional del Test de identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de la UNMDP.
- Bríñez, J., Duarte, A. y Osorio, L. (2005). Situaciones Psicosociales que favorecen el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas. Trabajo de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Carrasco-Galán, I. y Espinar-Fellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. *Mente y Cerebro*, 31, 12-21
- Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2007) Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a estratos 4 y 5. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá
- Fernández- Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 34(7): 659-664.
- Gantiva, C. (2006). Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento en la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente. Trabajo de Grado: Universidad Católica de Colombia.
- Gantiva, C; Luna, A; Dávila, A; Salgado, M (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Pshychologia: avances de la disciplina* 4(1), 63-70.
- Gil-Verona, J.A., Pastor, J.F., Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J.A., Maniega, M.A., Rami-Gonzalez, L., & Cañizares-Alejos, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*. 36(4): 361-365.

- Graña, J; Carrobles, J (1991). Condicionamiento Clasico en la Adiccion. *Psicothema*, 3 (1), 87-96.
- ICFES (1995). Educación superior y drogas. En procura de respuestas. Procesos editoriales. Bogotá.
- Jaffe, H (1982). Drogadiccion y Abuso de Drogas. En A. Goodman y A Gilman. Las Bases de la Terapeutica. Buenos Aires: Panamericana.
- Liga Colombia de lucha contra la depresión. Extraído el 26 de septiembre, 2010, de <http://ligacolombianacontraladepresion.blogspot.com/2010/09/la-ansiedad.html>
- Luengo, A., Mirón, L. y Otero, J.M. (1990). Factores de riesgo en el consumo de drogas en los adolescentes. En Fundación Caixa Galicia, *Drogodependencias y Sociedad*, pp. 147-165. Santiago de Compostela: Fundación Caixa Galicia.
- Ministerio de Protección Social. (2005). Encuesta sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Moreno y cols. (2009). *Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares*. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá
- Navarrete, M. (2010). La ansiedad ¿cómo nos afecta? Extraído el 25 de octubre, 2010, de <http://www.guiadelasalud.info/articulo.php?art=638&id=480>
- Ortiz, A (2008). La adicción y trastornos alimenticios. Ed. Da Vinci.
- Pérez, A. (2000). El libro de las drogas. Bogotá: Ediciones Carrera 7ª
- Pons, J; Berjano, E (1999). El consumo de alcohol en la adolescencia: Un Modelo Explicativo desde la Psicología Social. Universidad de Valencia.
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y., Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- Ratsma, J., Van Der Stelet, O., & Gunning, W. (2002). Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans. *Alcohol and Alcoholism*. 37(6): 522-533.

Rumbos. (2002). *Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Presidencia de la República.

Saavedra, G. (1997). *Ansiedad*. Extraído el 20 de octubre, 2010, de

<http://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad.shtml>.

Virues, R. (2005). *Estudio sobre la ansiedad*. Revista Electrónica Psicología Científica.com. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Nuevo León – México. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

GreenFacts, *Hechos sobre la Salud y el Medioambiente*. Consumo excesivo de alcohol. Extraído el 5 de julio, 2011, de

<http://www.greenfacts.org/es/glosario/abc/consumo-excesivo-alcohol.htm>



UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS- FORUM  
RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION (R.A.I)

ORIENTACIONES PARA SU ELABORACION:

El Resumen Analítico de Investigación (RAI) debe ser elaborado en Excel según el siguiente formato registrando la información exigida de acuerdo a la descripción de cada variable. Debe ser revisado por el asesor(a) del proyecto. EL RAI se presenta (quemá) en el mismo CD-Room del proyecto.

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	PSICOLOGIA CLINICA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA
2	TITULO DEL PROYECTO	ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
3	AUTOR(es)	MARIA DEL ROCIO BALCAZAR ABUCHAIBE Y BIBIANA PAOLA CASTILLO TORRES
4	AÑO Y MES	2011 Julio
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	CARLOS ANDRÉS GANTIVA DÍAZ
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	RESUMEN: El propósito de este estudio fue encontrar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en una población de 85 adolescentes de los grados de octavo a once de bachillerato entre los 14 y 18 años de edad, de un colegio privado en la ciudad de Bogotá. Para esto, se realizó un estudio descriptivo correlacional y se utilizó la Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) desarrollada por Reynolds y Richmond (1997) y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) Babor, Higgins, Saunders y Monteiro (2001). Los resultados muestran que existe una correlación positiva entre consumo de alcohol y la subescala de preocupación concentración.
7	PALABRAS CLAVES	Ansiedad, alcohol, adolescentes
8	SECTOR ECONOMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Cinco (5)
9	TIPO DE ESTUDIO	DESCRPTIVO CORRELACIONAL
10	OBJETIVO GENERAL	Identificar la relación entre ansiedad y el consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.
11	OBJETIVOS ESPECIFICOS	1) Identificar el nivel de consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá. 2) Identificar los niveles de ansiedad en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá.
12	RESUMEN GENERAL	Teniendo en cuenta la prevalencia de la ansiedad en los jóvenes en la actualidad por diferentes aspectos que los rodea y de la misma manera el aumento del consumo de alcohol en esta etapa de la vida, surge la pregunta: ¿Existe relación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes? Por tal razón objetivo de este estudio se basa en identificar la relación entre ansiedad y el consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá. Así mismo se hace importante identificar el nivel de consumo de alcohol en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá e identificar los niveles de ansiedad en un grupo de adolescentes de un colegio privado de la ciudad de Bogotá. La metodología de este estudio se basa en un diseño descriptivo correlacional, con una muestra poblacional de 85 estudiantes, 62 mujeres y 23 hombres entre los 14 y 18 años de edad y un promedio de edad de 16 años, de 8° a 11° de bachillerato, de estrato socioeconómico 5 y 6 de un colegio privado de la Ciudad de Bogotá. Para la recolección de los datos de ansiedad se utilizó el instrumento CMAS-R y AUDIT para consumo de alcohol. El desarrollo de la presente investigación se efectuó en las siguientes fases teniendo en cuenta el análisis cuidadoso de las consideraciones éticas: Fase I: Solicitud de permiso y selección de la muestra. Solicitar al Colegio el permiso pertinente para la aplicación de cuestionarios a los estudiantes de los grados de octavo a once de bachillerato. Así mismo solicitar a los padres de familia el consentimiento informado y a los estudiantes el asentimiento para la aplicación de estos cuestionarios. Fase II: Aplicación de los instrumentos. Al tenerse la autorización, dada por el colegio y padres, se procedió a la explicación a los estudiantes sobre los objetivos de la investigación, aclarando que ellos tenían la libertad y posibilidad de elegir si querían participar o retirarse en cualquier momento de la aplicación; una vez realizado ello, firmaron el Asentimiento Informado; posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos. Fase III: Análisis de resultados y elaboración informe final. Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico. Los resultados relevantes de este trabajo indican que no hay ansiedad significativa en los adolescentes de esta muestra, sin embargo se observa que los estudiantes de décimo grado obtienen el puntaje más alto en ansiedad total (19,17). Así mismo se identifica que las mujeres presentan mayor puntaje en ansiedad total (17,48) con respecto al de los hombres (13,87). En cuanto al consumo de alcohol se muestra que los estudiantes de la muestra se ubican en un nivel de consumo moderado (3,16), siendo once grado el grupo que más consume alcohol (5,75). Igualmente se arroja un puntaje más alto de consumo de alcohol en hombres (4,52) que en mujeres (2,66). Con respecto a la existencia de relación entre ansiedad y consumo de alcohol, se identifica que hay una correlación significativa entre la subescala de ansiedad preocupación-concentración y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados (.227). Partiendo de los resultados se concluye que el consumo de alcohol está relacionado con el nivel de preocupación en los adolescentes. Esto podría estar dado por su etapa de desarrollo y algunas variables del contexto, en este caso podría atribuirse a las exigencias escolares.
13	CONCLUSIONES.	Se concluye que el consumo de alcohol está relacionado con el nivel de preocupación en los adolescentes. Esto podría estar dado por su etapa de desarrollo y algunas variables del contexto, en este caso podría atribuirse a las exigencias escolares. Finalmente es importante tener en cuenta para próximas investigaciones que la muestra del estudio sea representativa para la población, así como equitativa en el número de participantes de cada sexo, lo que permitirá que los resultados sean válidos y confiables. Así mismo se considera relevante que los estudios que se realicen en la población Colombiana, cuenten con instrumentos validados para esta población.
14	FUENTES BIBLIOGRAFICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matsuherger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Morosini, C., Palacin, B., Romera, N., Taub, W.A. y Völlebbergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109 (Suppl. 420), 21-27.</li> <li>• Altman, M. (2009). Neurobiología, sexo y género. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.), Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. (pp. 47-62) Barcelona: Elsevier Masson.</li> <li>• Álvarez, N. y Velasco, P. (2002). El consumo de alcohol, el comportamiento sexual y el comportamiento violento en jóvenes de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.</li> <li>• Amorós, M., Carrillo, X., Akcazar, A., Saura, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. Anales de psicología, 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 193-204, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Universidad de Murcia (España)</li> <li>• Barlow, D. (2001). Psicología Anormal: Un enfoque integral. (2ª Ed) Ed.Thomson Learning</li> <li>• Barrios, M., Bermudez, J., Bonilla, R., Camacho, D., Cano, C., Durán, E., Navarro, F., Quiroga, B., Sandoval, J. y Torrado, M. (2004). Situación Actual y Prospectiva De La Niñez Y La Juventud en Colombia. Universidad Nacional de Colombia</li> <li>• Botvin, G.J. y Botvin, E.M.(1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. Developmental and Behavioral Pediatrics, 13 (4), 290-301.</li> <li>• Brandtzt, R., Biscarra, M., Cremonite, M., Fuentes, A., Lichtenberger, A. (SF). Análisis dimensional del Test de identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de la UNMDP.</li> <li>• Britnez, J., Duarte, A. y Osorio, L. (2005). Situaciones Psicosociales que favorecen el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas. Trabajo de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.</li> <li>• Carrasco-Gallo, I. y Espínola-Frellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. Mente y Cerebro, 31, 12-21</li> <li>• Cicua, D., Méndez, M. &amp; Muñoz, L. (2007) Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a estratos 4 y 5. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá</li> <li>• Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. Revista de Neurología, 34(7): 659-664.</li> <li>• Ganitva, C. (2006). Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento en la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente. Trabajo de Grado: Universidad Católica de Colombia.</li> <li>• Ganitva, C. Luna, A. Dávila, A. Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. Psichologia: avances de la disciplina 4(1), 63-70.</li> <li>• Gil-Verona, J.A., Pastor, J.F., Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J.A., Maniega, M.A., Rami-González, L., &amp; Cañizares-Alejos, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. Revista de Neurología, 36(4): 361-365.</li> <li>• Grana, J. Carrobbles, J. (1991). Condicionamiento Clásico en la Adicción. Psicothema, 3 (1), 87-96.</li> <li>• ICFES (1995). Educación superior y drogas. En procura de respuestas. Proceso editoriales. Bogotá</li> <li>• Jaffe, H. (1982). Drogadicción y Abuso de Drogas. En A. Goodman y A. Gilman. Las Bases de la Terapéutica. Buenos Aires: Panamericana.</li> <li>• Liga Colombiana de lucha contra la depresión. Extraído el 26 de septiembre, 2010, de <a href="http://ligacolombiana.contraladepresion.blogspot.com/2010/09/la-ansiedad.html">http://ligacolombiana.contraladepresion.blogspot.com/2010/09/la-ansiedad.html</a></li> <li>• Luengo, A., Miron, L. y Otero, J.M. (1990). Factores de riesgo en el consumo de drogas en los adolescentes. En Fundación Caixa Galicia, Drogodependencias y Sociedad, pp. 147-165. Santiago de Compostela: Fundación Caixa Galicia.</li> <li>• Ministerio de Protección Social. (2005). Encuesta sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Protección Social.</li> <li>• Moreno y cols. (2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá</li> <li>• Navarrete, M. (2010). La ansiedad ¿cómo nos afecta? Extraído el 25 de octubre, 2010, de <a href="http://www.guiadelasalud.info/articulo.php?art=638&amp;id=480">http://www.guiadelasalud.info/articulo.php?art=638&amp;id=480</a></li> <li>• Ortiz, A. (2008). La adicción y trastornos alimenticios. Ed. Da Vinci.</li> <li>• Pérez, A. (2006). El libro de las drogas. Bogotá: Ediciones Carrera 7ª</li> <li>• Pons, J. Berjano, E. (1999). El consumo de alcohol en la adolescencia: Un Modelo Explicativo desde la Psicología Social. Universidad de Valencia.</li> <li>• Posada, J., Bulltrago, J., Medina, Y., Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.</li> <li>• Ratsma, J., Van Der Stoep, O., &amp; Gunning, W. (2002). Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans. Alcohol and Alcoholism, 37(6): 522-533.</li> <li>• Rumbos, (2002). Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: Presidencia de la República.</li> <li>• Saavedra, G. (1997). Ansiedad. Extraído el 20 de octubre, 2010, de <a href="http://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad.shtml">http://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad.shtml</a>.</li> <li>• Virus, R. (2005). Estudio sobre la ansiedad. Revista Electrónica PsicoLogia Científica.com. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Nuevo León - México. <a href="http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html">http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html</a></li> <li>• GreenFacts. Hechos sobre la Salud y el Medioambiente. Consumo excesivo de alcohol. Extraído el 5 de julio, 2011, de <a href="http://www.greenfacts.org/es/glosario/abc/consumo-excesivo-alcohol.htm">http://www.greenfacts.org/es/glosario/abc/consumo-excesivo-alcohol.htm</a></li> </ul>

Vo Bo Asesor y Coordinador de Investigación:

CRISANTO QUIROGA OTÁLORA