
RELACIÓN ENTRE EL USO DE ALCOHOL Y CONDICIONES ACADÉMICAS EN EL ADOLESCENTE, COMPARACIÓN ENTRE BOLIVIA, ITALIA Y LOS PAISES BAJOS

**Nubia Gómez,
Enrique Ortega y
Silvia Ciairano²**

RESUMEN

El presente estudio es una comparación entre Bolivia, Italia y los Países Bajos, en torno al consumo de alcohol en los adolescentes y como este comportamiento de riesgo está relacionado a otros factores como las condiciones académicas. Los cuales a su vez pueden ser factores de protección bastante importantes para la prevención de esta y otras conductas de riesgo. Sin embargo en determinadas situaciones puede convertirse en factores de riesgo porque incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes en torno a los comportamientos de riesgo.

La variable condiciones académicas fue medida desde sus diferentes dimensiones: rendimiento académico, control de los padres en relación a las tareas escolares, entre otras. Las cuales mostraron diferencias importantes entre estos tres países.

PALABRAS CLAVES

Alcohol, Adolescencia, Condiciones Académicas, Ciclo Vital, Conductas de Riesgo

ABSTRACT

This study presented an analysis of the alcohol consumption and academic performance and related risk behaviors of adolescent study samples in Bolivia, Italy and the Netherlands. We attempted to analyze the protective factors for the prevention of risky behaviors. Results showed that under certain situations protective factors may become risk factors because they increase the vulnerability of adolescents to risky behaviors. Various factors were analyzed such as academic performance, parental control regarding homework, among others. Significant differences were shown between the three countries.

KEYWORDS

Alcohol, Adolescence, Academic Policies, Life Cycle, Risk Behaviors

RESUMO

O presente estudo apresenta uma comparação entre Bolívia, Itália e Países Baixos no que diz respeito ao consumo de álcool pelos adolescentes e a relação deste comportamento de risco com as condições acadêmicas. Condições estas, que podem ser fatores de proteção muito importantes para a prevenção desta e de outras condutas de risco. Mas que, em outras situações, podem converter-se em fatores de risco, já que aumentam o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente a comportamentos de risco.

A variável condições acadêmicas foi analisada em suas diferentes particularidades: rendimento acadêmico, controle dos pais em relação as tarefas escolares, entre outras. Estas particularidades mostraram que existem diferenças significativas entre os três países analisados

PALAVRAS-CHAVE

Álcool, Adolescência, Políticas Acadêmicas, Ciclo de Vida, Comportamentos de Risco

I. INTRODUCCIÓN

En la etapa de la adolescencia, el ser humano experimenta una serie de conductas y comportamientos nocivos para su salud física y su estabilidad emocional. Conductas que pueden tener repercusiones serias a corto, mediano y largo plazo, tales como problemas con la familia y amigos, distintos tipos de agresiones, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, conductas sexuales de riesgo, accidentes, dependencia y suicidios

2 1) Instituto de Investigación, Interacción y Postgrado de Psicología, Carrera de Psicología. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz-Bolivia. Correo electrónico.: nubia_bolivia100@yahoo.es. 2) enrique.ortega@psych.unito.it, 3) Dipartimento di Psicologia. Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo. Università di Torino, Italia; ciairano@psych.unito.it. El equipo de investigación estuvo compuesto por la Lic. Carmen Camacho Arce y el Lic. Rodrigo de Urioste Nardín.

etc., (Buela Casal, et al., 1997; Casullo, et al., 1998; Cruz, et al., 1999). Por lo que es necesario identificar estos comportamientos para abordarlos de manera integral, multidisciplinaria y preventiva.

Las conductas y comportamientos de riesgo en los cuales incursiona el adolescente tienen consecuencias negativas para sí mismos y para su propio entorno. Las conductas de riesgo son “potencialmente destructivas” y pueden crear dependencia independientemente de la incomprensión de las consecuencias inmediatas y de largo plazo. Los factores de protección son aquellos otros factores que neutralizan o impiden la acción e influencia de factores de riesgo (Kosttelecky, 2005). Estos factores promueven la autoestima y la eficiencia mediante el desarrollo de relaciones interpersonales que dan seguridad, apoyo y crean oportunidades de desarrollo (Silber, 1988; Silber, et al., 2001).

El enfoque de Jessor sobre el concepto de riesgo está relacionado particularmente con los conceptos de morbilidad, enfoque que llevo a identificar factores sociales y de comportamiento como elementos conducentes al riesgo de por ejemplo el uso de alcohol. Este mismo autor señala que los factores protectores por un lado pueden evitar la aparición de los comportamientos de riesgo y pueden evitar que los jóvenes se involucren en conductas que afecten su salud como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, proporcionando modelos de comportamiento positivo y las posibilidades de participar en actividades convencionales y actividades personales estructuradas, con los valores sociales y de control, y un entorno de apoyo (Jessor 1991; Jessor, et al., 2003) o por el contrario, los factores de riesgo aumentan el riesgo mediante el suministro de los modelos de riesgo, una mayor oportunidad de participar, y una mayor vulnerabilidad personal (Jessor, et al., 1998) . Asi mismo este autor postula la presencia de fuertes relaciones entre los diferentes comportamientos de riesgo; el adolescente que está fuertemente implicado en un riesgo, es también más probable de estar implicado en otros, por ejemplo el consumo de

alcohol predispone al adolescente al consumo de otras drogas y a la dependencia de las mismas (Costa, et al., 2005).

Entre los factores que protegen al adolescente para que no presenten este tipo de conductas, podemos señalar las relaciones positivas con su familia, el desempeño académico, la relación positiva con maestros y compañeros, la aceptación del entorno escolar, etc (Meschke, Bartholomae y Zentall 2002; Jessor, et al., 1993). Existe un sin número de variables o factores que si bien no determinan el uso y el consumo de alcohol en los adolescentes, son pre-disponentes. Esto se debe al desequilibrio entre conductas de riesgo y los factores protectores; los cuales tienen que ver con la familia, la escuela, el grupo de pares, los amigos, las costumbres, la cultura, etc.

Estudios actuales como los de Ciairano (2007) encontraron fuertes relaciones entre los diferentes comportamientos de riesgo, la vulnerabilidad, como factores de riesgo y los recursos trabajados como factores de protección, que moderan el efecto de los factores de riesgo. En su estudio analizo los comportamientos de riesgo: Cuatro predictores (individual y contextual de recursos y la vulnerabilidad) y cuatro interacciones (los recursos individuales y las vulnerabilidades; recursos contextuales y la vulnerabilidad; los recursos individuales y recursos contextuales de vulnerabilidad; recursos contextuales y la vulnerabilidad individual) y demostro que cuanto mayor es la vulnerabilidad contextual, como el riesgo y la disponibilidad de participar en divertidas actividades orientadas, es más probable que el adolescente participe en los comportamientos de riesgo. Cuanto más alto es el ranking de recursos personales, tales como el éxito escolar, las creencias, valores y actitudes es menos probable que los adolescentes participen en los comportamientos de riesgo. Cuanto más alto es el nivel de protección, menor es la influencia de los factores de riesgo (Ciairano, 2007).

Los comportamientos de riesgo están relacionados con los padres y los modelos de

pares, imagen negativa de sí mismo, el clima familiar negativo, fracaso escolar, etc. (Jessor, 1998; Ciairano, Kliewer, Bonino, Miceli y Jackson, 2006). Además el adolescente que inicia precozmente un cierto comportamiento de riesgo es más probable que inicie precozmente otros comportamientos de riesgo y este más involucrados en situaciones de riesgo. La asunción subyacente es que los comportamientos de riesgo se convierten más probablemente en virtud de las condiciones particulares de vulnerabilidad, que exponen al individuo a múltiples riesgos (Donovan, Jessor, y Costa, 1998). El estudio comparativo entre Italia y los Países Bajos realizado por Ciairano y colaboradores demostró que los adolescentes que participan en un comportamiento de riesgo, son más propensos a estar involucrados con los demás. Esto confirma la presencia de una constelación entre los comportamientos de riesgo (Donovan, Jessor, y Costa, 1998, véase también: Bonino, Ciairano, Rabaglietti y Cattelino, 2006; Ciairano, Settanni, Van Schuur, Miceli, 2006; Ciairano, Van Schuur, Bonino, Molinengo y Miceli, 2006).

Un comportamiento de riesgo que es iniciado en la adolescencia es el consumo de alcohol (Jessor, 1991) el cual puede ser el preámbulo de otras conductas de alto riesgo, señaladas en el párrafo anterior (Jessor, 1992). Determinadas investigaciones han encontrado que “en la adolescencia, periodo en el que las personas se están desarrollando, beber en grandes cantidades puede producir cambios en algunas funciones biológicas que tienen implicaciones a largo plazo” (Matthews, 2000, citado en Rodríguez, 2005). El consumo exagerado de alcohol perjudica el crecimiento, generando un aumento de peso y alterando el funcionamiento normal del hígado, además de causar otros estragos en el organismo (Echagarrua, et al., 2006; Catalano, et al., 1996).

Resultados de estudios indican que “la profunda tolerancia al alcohol que se produce en la pubertad, puede agravarse en la edad adulta” “pudiendo incluso llegar a desencadenar problemas de dependencia” (Conger, 1998, citado en Saavedra, 2001). Otros estudios

han demostrado que los sujetos que empiezan a beber a una edad temprana tienen más riesgo de sufrir problemas de alcoholismo cuando son adultos. Un estudio en EE. UU. reveló que “el 58 % de los entrevistados que se hicieron alcohólicos antes de los 18 años de edad se embriagaba por lo menos una vez a la semana durante episodios de dependencia como adultos, en comparación con el 19 % de los que se volvieron alcohólicos a los 30 ó después” (Hingson Ralph, et al., 2000).

Los párrafos anteriores, orientan el presente estudio, que resalta el rol importante que juega la escuela en la incidencia de las conductas de riesgo, así como en la prevención de las mismas. Estudios de Jessor y Sikorski, Diego, han demostrado por ejemplo, que la escuela es un factor importante en la vida del adolescente porque se constituye en una fuente de influencia de primer orden que puede motivar el aprendizaje de normas y valores que van a condicionar el proceso evolutivo y durativo, así como su vida futura. Por el otro lado, estos mismos factores escolares, pueden condicionar la aparición de conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas (Jessor, et al., 1993).

Así mismo, según Becona muchas teorías tratan de explicar la relación de la escuela y el consumo de alcohol en adolescentes. Entre estas resaltan el modelo de creencias de salud de Becker (1974), que explica la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. Por otro lado la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan (1980), que otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. También se han planteado propuestas integradoras, como la teoría de la conducta problema de Jessor y

Jessor (1977), que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de alcohol y drogas en la adolescencia (Becona y Vazques, 1999).

Muchos estudios han analizado la relación entre diversas variables escolares y la conducta de consumo de alcohol entre los adolescentes. Así un estudio realizado con adolescentes Vascos en España, hallaron una clara relación entre el consumo de alcohol y el fracaso escolar, entendido éste como la repetición de cursos, y que los alumnos abstemios tienen una percepción más favorable de su trabajo, mientras que los que más consumen alcohol manifiestan peores percepciones de su rendimiento escolar (Espada y Elzo, 2003).

Esta relación negativa entre el consumo de alcohol y el auto concepto académico también ha sido reseñada por Singh y Mustapha en un estudio realizado con 1.603 adolescentes de 14 a 18 años de Trinidad y Tobago. Estos autores hallaron que los escolares con bajas calificaciones académicas consumían más alcohol y que la percepción de su bajo rendimiento tendía a asociarse a niveles bajos de autoestima, auto concepto negativo y escasas expectativas académicas (Singh y Mustapha, 1994). Los resultados de otros estudios ponen de manifiesto que los escolares que consumen alcohol muestran mayor ausentismo y un mayor índice de abandono escolar, una elevada insatisfacción escolar, mayor cantidad de repeticiones de cursos y, además, parecen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y con la participación en actividades extra-académicas. Otro estudio señala que el consumo de alcohol está asociado a una menor participación en actividades académicas fuera del horario escolar, tales como la realización de los deberes o la lectura de libros (López, De la Fernández, et al 2001; Ruiz, et al., 1994; Shannon, et al 1993; Bloch, et al., 1991). Un estudio llevado por Alonso y Del Barrio en la provincia de Toledo con escolares de séptimo grado de EGB, mostraron que son los alumnos que menos tiempo se dedican a estudiar, los que con mayor frecuencia salen con los amigos, consumen bebidas alcohólicas y afirman

haberse embriagado una o más veces. En esta misma línea, Pérula, Ruiz, Fernández et al han señalado que los escolares que consumen alcohol tienen una vivencia más negativa respecto de sus responsabilidades escolares, lo cual se refleja en un menor interés por acudir al colegio, una peor autovaloración de su rendimiento escolar, una menor dedicación diaria a los deberes del hogar y, en cambio, un mayor número de horas destinadas a ver la televisión. Asimismo, Simons-Morton, Crump, Haynie y Saylor reseñan que la satisfacción escolar, el sentirse vinculado a la escuela y la percepción de apoyo parental relativo a los estudios se correlacionan inversamente con el consumo de alcohol (Carrasco, et al., 2004).

Como se puede deducir de lo expuesto hasta aquí, el contexto escolar adquiere gran importancia en la adolescencia, debido a que es un factor que, por un lado, puede actuar como protector, pero por el otro, puede desencadenar un sin número de conductas de riesgo.

Con relación al uso y consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes encontramos que desde 2001 los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley. Sabemos que cuanto más temprana es la edad de inicio del consumo de alcohol, mayor es el riesgo a desarrollar dependencia del alcohol en etapas posteriores (CICAD: Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas, 2004). Las consecuencias agudas del consumo en menores incluyen muerte y lesiones no intencionales asociadas con manejar o llevar a cabo otras labores de riesgo luego de beber, homicidio, violencia, intentos de suicidio, abuso sexual, comportamiento sexual de riesgo, vandalismo y daños a la propiedad. Además, estas consecuencias parecen ser más severas en aquellos que comienzan a beber en una edad más temprana (Grant y Dawson, 1997; Vásquez y Herrera, 2004).

En la región de las Américas, el alcohol fue el factor de riesgo principal para la carga de morbilidad, entre 26 factores de riesgo evaluados en el 2000. Aunque el alcohol es un

importante factor de riesgo en varias regiones del mundo, las Américas son únicas ya que el alcohol supera al tabaquismo como el factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad (Rehm y Monteiro, 2005). El valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población, en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está por muy encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita (Rehm y Monteiro, 2005).

En Bolivia el consumo promedio per cápita es menor (5,1 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más), el porcentaje de bebedores intensos es menor (2.7) así como el consumo promedio (7.61), aunque el patrón promedio de ingesta es tan elevado como el de los demás países en vías de desarrollo (base de datos global sobre el alcohol OPS/OMS, 2005). El consumo de alcohol causa una considerable carga de morbilidad en la región, por encima de las estimaciones globales: 5.4% de todas las muertes y 10% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad en el año 2002, que podían atribuirse al consumo de alcohol, donde la mayor parte de la carga recaía sobre Centro y Sudamérica. Se estima también, que el uso de alcohol causa cuanto menos 323,000 muertes al año y que estos índices son proporcionalmente más elevados que la media global o de la región europea (Rehm, et al., 2006).

Estudios realizados por el Centro Latinoamericano de como los de Investigación Científica en el 2005 encontraron que el consumo de alcohol en Bolivia gira en torno a creencias y actividades sociales como el “viernes de soltero”. Este fenómeno social y cultural también se denomina “consumo actual” que se refiere al hecho de que cualquier persona que asista a una reunión y no desperdicia la ocasión para beber, no es considerado un consumista dependiente, pero esta muy cerca de serlo, afirma el Dr. Alcaraz. Asimismo, se presentaron datos que muestran un incremento en la tendencia del consumo del alcohol. En 1992 la tendencia era del 42.1% mientras que el 2005 la tendencia era de 42.8%.

Según una publicación en la revista Latino-Americana de Enfermagem, (2005), la prevalencia del consumo de alcohol en Bolivia para las principales ciudades fue la siguiente: La Paz 78.8%, Oruro 77.6%, Santa Cruz 77.3%, Tarija 76.7%, Sucre 73.1% Cochabamba 71.3%, Trinidad 67.4%, Potosí 65.8% y Cobiza 62.7%. La prevalencia por género en la capital (La Paz) fue de 78.8% entre los hombres y 76.4% entre las mujeres. Ya para los jóvenes entre las edades de 12 a 17 años y de 18 a 24 años, los datos de consumo por grupo de edad fueron 14.3% y 38.4%, respectivamente. El consumo de alcohol entre los menores de edad ha adquirido relevancia en Bolivia, pues la comparación entre resultados de estudios de los años noventa y 2000 muestra un incremento en el grupo de edad de 12 a 17 años, del 11.4% para el 14.3% (Rivera y Villar, 2005)

Así mismo, señalan que los factores de riesgo para el consumo de alcohol se relacionan con la familia (desestructuración, poco apoyo) y el consumo de drogas por otro familiar como factores importantes de riesgo. La edad y el sexo, cuestiones relacionadas a la autoestima y manifestaciones sugestivas de sufrimiento psíquico (ansiedad, depresión) presentadas por el adolescente (Rivera y Villar, 2005).

Importantes estudios realizados en la ciudad de La Paz, evidenciaron que la mayoría de los adolescentes investigados informaron haber tenido ya síntomas de síndrome de abstinencia (96.3%), problemas de memoria (95.8%) y gustarle las bromas que incluyen apuestas sobre quienes beben más y rápido (95.6%). También mencionan dañar la propiedad de otros (86%), sentirse amargado (76%) y manifestar comportamiento agresivo contra animales (74%) y amenazador contra personas (78%). En la cuestión salud en general, causa preocupación la respuesta sobre tener relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas, apuntada por el 91% de los estudiantes del grupo caso. En el área de conducta, observaron que los adolescentes muestran un comportamiento de riesgo significativo en lo referente a su patrón de uso

de sustancias psicoactivas y particularmente en el manejo de la propia agresividad. Pero sus respuestas también manifestaron el sentimiento de amargura (76%), algo que amplía aún más su vulnerabilidad, que se evidencia concretamente en su conducta sexual. En el área de salud mental, se verifica la presencia de comportamiento antisocial en la mayoría de los adolescentes (robos 80%, peleas 71%), labilidad emocional (ganas de llorar con frecuencia 72%), el no saber qué hacer con su energía (70%) y no conseguir mantenerse quieto (68%); manifestaciones esas sugestivas de hiperactividad. También relataron comerse las uñas (79%) y amedrentarse fácilmente (69%); indicaciones sugestivas de la presencia de ansiedad. En el área de habilidad social, las respuestas del grupo caso muestran que la mayoría (74%) se siente influenciado por otros jóvenes y disconformes cuando alguien les hace elogios. Además, manifiestan que tienen dificultad en defender sus opiniones (69%) y luchar por sus derechos (65%), y también afirman que los otros les perciben como personas no amigables (65%). Esas respuestas sugieren baja autoestima y confianza en sí mismo. Sobre la calidad de las relaciones con padres o responsables, un gran número de los adolescentes investigados indicaron que los mismos no se interesan o cuidan de ellos (79%), desconocen frecuentemente donde están y lo que hacen (76%). Añadido a eso, confirman que sus padres están fuera la mayor parte del tiempo (78%). Ese grupo de respuestas evidencia para estos investigadores, que las condiciones y vínculos familiares no están ofreciendo el apoyo y la protección necesarios para que esos adolescentes tengan incentivo para controlar o suprimir el uso de alcohol y otras drogas. Sobre el área de escuela, constataron mayor interferencia del alcohol y drogas (alguna vez) en las lecciones o trabajos (100%), bien como problemas derivados del consumo (93%); además, informan haberse ausentado (más de 2 días al mes) de clases (92%) y haber faltado o haberse retrasado a las mismas por el mencionado uso (89% y 88%, respectivamente).

El Servicio Europeo de Consumo de

Alcohol informa que el viejo continente es la región del mundo donde se consume más alcohol y el vino es la bebida alcohólica preferida en Francia, Portugal, España, Italia, Hungría Suiza y Rumania. Esta bebida se consume entre las comidas, después del trabajo, en los actos sociales y, sobre todo, los fines de semana y también se utiliza como un nutriente barato. El número de abstemios en estos países es bajo y un consumo moderado no está mal considerado. Los mitos se reproducen fidedignamente de unos países a otros otorgándoles a las bebidas alcohólicas la misma suerte de virtudes. El consumo por bebedor alcanza los 15 litros por año. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44 %), dividiéndose el resto entre vino (34 %) y licores (23 %). Así mismo se estima que cincuenta y cinco millones de adultos consumen alcohol en cantidades peligrosas en la UE. El consumo abusivo y peligroso de alcohol es una causa directa del 7.4 % de los casos de mala salud y de muerte prematura en la Unión Europea. El absentismo provocado por el consumo peligroso de alcohol, el consumo de alcohol en horas de trabajo, o trabajar con resaca, tienen un impacto negativo en la realización del trabajo y, por tanto, en la competitividad y la productividad.

Un dato preocupante es que casi todos los estudiantes europeos de 15-16 años han bebido alcohol alguna vez en la vida y la edad media de inicio se sitúa en los 12.5 años. La primera embriaguez se sitúa en los 14 años y la cantidad media consumida en una sola ocasión por los adolescentes supera los 60 gramos de alcohol. En el grupo de 15 a 29 años de edad, más del 10 % de la mortalidad femenina y aproximadamente el 25 % de la mortalidad masculina son consecuencia del consumo peligroso de alcohol (Mauro, et al., 2002). Aproximadamente uno de cada cuatro accidentes puede atribuirse al consumo de alcohol, y unas 10.000 personas mueren cada año en la Unión Europea en accidentes de circulación relacionados con el alcohol (Faralli y Zuccaro, et al., 2003). Paralelamente datos de la OPS/OMS informa que para los adolescentes europeos el consumo de alcohol esta normalizado en su ambiente familiar

como elemento cultural; quizás esto se deba a que en estos países la producción de vino sea la más alta del mundo (OPS/OMS 2000-2006).

En Italia está permitido el consumo de alcohol en la calle. La edad mínima legal para consumir alcohol son los 16 años, pero diferentes estudios coinciden en que los adolescentes italianos empiezan a beber a partir de los trece. La bebida más popular entre los jóvenes es la cerveza, seguida del vino por parte de los chicos y de las bebidas de alta graduación, como el whisky y el ron, por las chicas, según datos de la organización de consumidores 'Teléfono Blu'. Según la OMS en un estudio realizado el 2001-2002 en Florencia y Toscana la tasa del año pasado de abstencionistas fue de 15.9% (total), 9.1% (hombres) y 22.7% (mujeres). Según una encuesta nacional de Italia realizada en 2003 el promedio del número de bebidas consumidas por día fue de 1.49. Esta misma encuesta encontró que el porcentaje de bebedores excesivos y peligrosos (entre los bebedores), fue de 12.8% en hombres y de 11.5% en mujeres.

La definición utilizada para la media de consumo de alcohol fue de 40 gramos o más de alcohol puro al día para los hombres y 20 gramos o más g de alcohol puro al día para las mujeres. En una muestra nacional representativa de los sujetos de 18-64 años, la frecuencia anual de borracheras en el pasado año fue de 24.7% entre los hombres y 14% entre las mujeres. Borracheras se define como consumo de al menos un botella de vino, 25 centilitros de bebidas espirituosas o cuatro latas de cerveza. Según la encuesta nacional de Italia realizada en 1999, la tasa de consumidores de alcohol en la edad grupo de 15 a 16 años en Italia fue de 17% (total), el 23% (hombres) y 135 (mujeres). El mismo estudio también encontró que el 17.8% de todos los estudiantes (34.6% de los hombres y el 7.3% de las mujeres) había conducido un coche u otros vehículos después de beber alcohol, y que el 7.9% (16% de los hombres y el 1.6% de las mujeres) había conducido en estado de ebriedad. La proporción de sujetos que informaron haber bebido tres veces o más

en los últimos 30 días fue del 3% (total), el 5% (hombres) y 2% (mujeres). Según la encuesta de 2001/2002 HBSC llevada a cabo en Europa (tamaño de la muestra total n = 1229), la proporción de jóvenes de 15 años que informó haber bebido dos o más veces fue 22.8% para los varones y 16.8% para las niñas (ESPAD: Estadísticas de la Escuela Europea de Estudio del Proyecto sobre el Alcohol y otras Drogas, 1999).

En cuanto a la dependencia del alcohol, se estima que hay alrededor de 1 millón de personas dependientes al alcohol. En el año 2000, 99.321 personas fueron dados de alta del hospital con un diagnóstico totalmente atribuible al alcohol. Esto corresponde a una tasa global de 172.2/100 000 personas. El consumo de alcohol no registrado en Italia se estima en 1.5 litros de alcohol puro per cápita para la población mayor de 15 para los años posteriores a 1995 (estimado por un grupo de expertos clave de alcohol) (OMS, 2004; Copenhagen, 2004.; Mauro y Luisa, et al., 2004). Con referencia a la morbilidad, la salud y los problemas sociales de alcohol se estima que 30-50% de las muertes debidas a accidentes de tráfico son atribuibles a alcohol.

En un estudio de 340 accidentes de tráfico mortales, que fueron objeto de la observación del Instituto de Medicina Forense Medicina de 1982 a 1986, se encontraron positivos niveles de alcohol en la sangre en 31.2% de los casos. Se estima que alrededor del 20% de pacientes de la sala de emergencia son hospitalizaciones relacionadas con el alcohol. Un estudio que examinó la concentración de alcohol en la sangre (BAC) en pacientes adultos que habían sido heridos y que fueron admitidas en el servicio de urgencias dentro de las cuatro horas después de un accidente de tráfico en 1998 encontró que la tasa de alcoholemia superó 0.5 g / l en 425 sujetos (18.1%), y fue en una gama de tóxicos (más de 1.00 g / l) en 179 sujetos (7.6%). En un estudio de 2001 sobre pacientes de cirrosis durante un período de 6 meses en 79 hospitales ubicados en toda Italia, encontró una historia de abuso de alcohol en el 31.9% de los casos. En otro estudio en busca de la incidencia de la cirrosis

hepática en Italia, se constató que el abuso del alcohol estuvo presente en el 8.7% de los casos como un exclusivo factor etiológico.

En relación a Países Bajos, según un estudio realizado en 1999 por la OMS, con una muestra de un total n = 3634: los varones n = 1723 y las mujeres n = 1911; grupo de edad de 20 a 64 años, la tasa de abstencionistas el año pasado fue 23.1% (total), 14.4% (hombres) y el 31% (mujeres) (OMS, 2001; Gnemel, et al 2003). Un estudio de población en general llevada a cabo en Rotterdam en 1994 (el tamaño de la muestra total n = 3537; edad grupo de 16 a 69 años) encontró que el porcentaje de los abstencionistas era del 17.9% (total), 11.6% (hombres) y 23.7% (mujeres). En esta misma encuesta se encontró que la tasa de bebedores excesivos fue de 8.2% (total), el 14.2% (hombres) y el 2.6% mujeres). La misma encuesta también encontró la tasa de bebedores problema a ser el 8.9% (total), el 15.4% (hombres) y el 2.9% (mujeres).

Un estudio nacional realizado en Países Bajos en 1985 con un total de 665 hombres y 559 mujeres con edades de 16 a 70 años de edad encontró que 51.5% de los hombres y 19.2% de las mujeres (entre bebedores actuales) eran bebedores excesivos episódicos. Excesivos episódica se definió como consumir seis o más tragos en una ocasión. Los datos muestran el porcentaje total de consumo masivo en los bebedores últimos seis meses.

En el 1999 un estudio realizado con adolescentes entre 15 a 16 años (el tamaño de la muestra total n = 2615; hombres n = 1256 y las mujeres n = 1359) en los Países Bajos se demostró que la proporción de sujetos que informaron haber bebido tres veces o más en los últimos 30 días fue del 11% (total), el 13% (hombres) y el 7% (mujeres). El año pasado, la misma encuesta encontró que la tasa de dependencia al alcohol fue de 3.7% (total), el 6.1% hombres) y el 1.1% (mujeres). La tasa de toda la vida con referencia al abuso del alcohol fue del 11.7% (total), 19.3% (hombres) y el 3.9% (mujeres) y la tasa del año pasado, al abuso del alcohol fue de 4.6% (total), 7.3% (hombres) y el 1.8% (mujeres). En un estudio

de seguimiento de los Países Bajos de 1996 sobre la base de una muestra representativa (n = 5618) de la población holandesa de 18 años de edad a 64 años, mostro que la primera tasa de incidencia por cada 100 personas en riesgo de dependencia del alcohol fue de 0.82 en hombres y 0.18 en las mujeres. Del mismo modo, la tasa de incidencia del abuso de alcohol fue de 4.09 hombres y 0.91 en las mujeres. El consumo de alcohol no registrado en los Países Bajos se estima en 0.5 litros de alcohol puro per cápita para población mayor de 15 para los años posteriores a 1995 (estimado por un grupo de expertos clave alcohol).

En una encuesta general llevada a cabo en Rotterdam en 1994 (el tamaño de la muestra total n = 3537; edad grupo de 16 a 69 años) se encuentran la tasa de bebedores problema con los problemas sociales fue de 3.4% (total), 6.2% (hombres) y el 0.8% (mujeres). La tasa de bebedores problema en relación con los problemas psicológicos de dependencia fue del 3.6% (total), 6.5% (hombres) y el 1% (mujeres). Problemas con el alcohol fue definido como el consumo excesivo de alcohol (beber cuatro copas o más en por lo menos 12 días por mes o seis copas o más por lo menos en nueve días por mes) que está conectado con aspectos psicológicos o sociales: de problemas con el alcohol o por otros. Uso indebido de alcohol, con exclusión de los accidentes, contribuye al 7% de la carga total de enfermedad en los Países Bajos. El DEG por 100 000 habitantes para la enfermedad hepática crónica y cirrosis fue 4.91 en 1999 y 5.07 en el año 2000. El número accidentes de tráfico relacionados con el alcohol por cada 100 000 habitantes fue de 15.25 en 2000 y 13.91 en 2001.

Estudios comparativos mas actuales como los de ESPAD (estadísticas de la Escuela Europea de Estudio del Proyecto sobre el Alcohol y otras Drogas) revelan que estos dos países difieren con respecto al consumo de alcohol, el tabaco y no con respecto a la marihuana y otras drogas ilícitas (Hibell et al., 2004). Más concretamente, la proporción de estudiantes italianos que beben durante el mismo período fue inferior a la holandesa y la

media (37% en comparación con el 46% entre los holandeses y el 53%). Las diferencias en relación con alcohol se explica por el hecho de que Italia es el mayor productor mundial de vino, y es un país acostumbrado a beber alcohol a diario (Gual y Colón, de 1997; Lintonen, 2003).

Otros estudios como el de Ciairano y colaboradores, muestran que los adolescentes de los Países Bajos son más afectados por el consumo de alcohol a diferencia de los adolescentes italianos. En cuanto al postulado: una conducta de riesgo puede conducir a otras, encontramos que los adolescentes italianos a diferencia de los holandeses, participan de una mayor constelación de sustancias. Lo que indica la vulnerabilidad en la que se encuentran los adolescentes en relación a las conductas de riesgo (Ciairano, 2004).

También se encontraron importantes interacciones entre estos dos países; los jóvenes holandeses que han sido iniciados plenamente en todas las sustancias consideradas en el estudio comenzaron a beber alcohol y fumar regularmente a una edad significativamente menor que el inicio en los italianos. Los adolescentes Italianos tienen más recursos que los adolescentes de los Países Bajos. Además, los italianos también tienen una percepción personal de que presentan mayor vulnerabilidad relacional y la reducción de la vulnerabilidad. (Ciairano et al., 2006).

Los indicadores de consumo de alcohol descritos anteriormente, y la relación de la escuela con las conductas de riesgo, concretamente en el consumo de alcohol; nos orientan a considerar a la escuela como un factor importante en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes. Diversas investigaciones como los de Gonzales, encontraron un alto consumo de alcohol en los adolescentes de 12 – 17 años que no estudian, a diferencia de los que si lo hacen, por lo que afirmaron que la escuela es un factor protector contra las adicciones. Así mismo señalaron que la escuela es un factor protector cuando el adolescente recibe adecuada orientación e información, cuando

la relación con los maestros es abierta, auténtica y significativa, cuando la convivencia con maestros y compañeros se traduce en “un segundo hogar”, cuando en la escuela se cultiva una auténtica relación humana, valores y principios. (Gonzales et al., 2006).

Según a la Secretaría pública de México, la escuela es el ambiente propicio para que el estudiante forje una manera de vivir saludable, involucrando los patrones cognitivos, emocionales, afectivos, culturales, conductuales y sociales del individuo, los cuales coadyuvan a que el adolescente tenga una resistencia al consumo de alcohol y drogas. Asimismo la escuela juega un papel vital como factor protector, en el desarrollo psico social de los niños y adolescentes (CONACE 2004). Por lo cual es importante que se promuevan programas escolares de enseñanza, donde los estudiantes tomen conciencia de las habilidades para la vida. Y la escuela sea un factor protector que favorezca en los jóvenes un óptimo bienestar físico, social y psicológico, con el propósito de que las futuras generaciones cuenten con los conocimientos, habilidades y destrezas para promover y cuidar su salud, para crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables (OPS/OMS 2005).

Las experiencias académicas pueden determinar la incidencia de determinados comportamientos de riesgo. Así mismo vemos que el rechazo y desaprobación del entorno escolar, la falta de control de los padres en torno a las labores escolares puede incidir significativamente en el rendimiento escolar del adolescente, expresado en promedios bajos, insatisfacción escolar y un menor compromiso con la escuela. Esto puede resultar eventualmente en que el adolescente no considere a la escuela como un paso importante a la universidad y a la realización de estudios académicos superiores. Esta relación se convierte en un factor pre disponente y altamente riesgoso para que el adolescente incida en el consumo de alcohol. Según la psicóloga Ana Castro los factores escolares pueden transformarse en factores de riesgo, porque hacen que los estudiantes necesiten

buscar fuera de la escuela (normalmente en el seno de su grupo de iguales) las satisfacciones, motivaciones, el reconocimiento, etc. que no encuentran en el medio escolar; y en ese afán incursionan con mayor facilidad en las conductas de riesgo. Entre estos factores señala la mala adaptación escolar o escasa integración, bajo rendimiento insatisfacción, ausencia de motivación y falta de expectativas (Castro, 2002). Estos comportamientos se manifestaran a través de: comportamientos inhibidos; pasar desapercibidos a sus profesores y compañeros; no trastornar el orden de la clase ni perjudicar el desarrollo del trabajo docente; timidez, inseguridad, no integración en el grupo; o por el contrario, comportamientos excesivos, inquietud, nerviosismo, necesidad de hacerse notar, promoción de desorden en clase, participación escasa en las actividades escolares y extraescolares y decrecimiento sobre el valor de los estudios.

Según datos de diferentes instituciones como la OPS/OMS, y diferentes investigaciones mencionadas en los parrafos anteriores, el uso de alcohol se ha ido incrementando en los adolescentes de estos tres países. Esto indica que es urgente conocer qué factores están influyendo a este incremento del uso de alcohol, para implementar políticas preventivas a corto, mediano y largo plazo, las cuales deben tener un enfoque multidimensional e integral.

Por lo tanto consideramos que la escuela es un factor importante a ser estudiado, para entender cómo influye en el uso de alcohol en la adolescencia. Creemos que la experiencia académica debe ser tomada en cuenta para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes. Con respecto a esto, existen pocos estudios comparativos acerca de los comportamiento de riesgo en adolescentes así como en Europa (Bonino, Cattelino, y Ciairano, 2005) como de estos, con algun país de Latinoamérica. La presente investigación busca la relación que existe entre las variables académicas y la frecuencia del consumo de alcohol. Y si esta diferencia se presenta de manera distintiva en los tres países en estudio:

Bolivia, Italia y los Países Bajos. Estos dos últimos difieren con respecto a la prevalencia, las políticas sociales, culturales y reglas con respecto al uso de sustancias y los patrones de transición hacia la edad adulta. Estos aspectos sociales y culturales pueden influir en la prevalencia de sustancias, y la protección y riesgo, ya que contribuyen a determinar qué tareas son más urgentes para los jóvenes y cómo responder a ella (Hibell et al., 2004). Así mismo, Bolivia tiene características totalmente distintas, la cultura, las leyes, las costumbres, la educación, las normas sociales, etc. Y estas pueden determinar de manera distinta la incidencia en las conductas de riesgo.

Consecuentemente esta investigación se planteo investigar como selectas variables académicas que influyeron sobre el uso de alcohol en tres países, Bolivia, Italia, y Países Bajos. Se hizo énfasis en seis variables académicas principales: satisfacción escolar, promedios escolares, compromiso escolar, la aceptación y aprobación del entorno escolar, control de los padres en los deberes escolares y la consideración de la escuela como un paso a la universidad. Estudiamos dos tipos de consumo de alcohol, el consumo de alcohol total y el consumo de alcohol fuerte dentro de los pasados seis meses.

En base a estas variables planteamos la siguiente hipótesis: La frecuencia de consumo de alcohol total y pesado de los adolescentes de los tres países sería más bajo a mayor aceptación y aprobación del entorno escolar; a un control adecuado de los padres en los deberes escolares; a mejores promedios escolares; a mayor compromiso y satisfacción escolar; y a mayor consideración de la escuela como un paso hacia la universidad.

II. MÉTODO

Muestra

La muestra fue de un total de 1248 adolescentes (22.5% Bolivia; 39.1% Italia y 38.4% Países Bajos). Los adolescentes de Italia viven en la parte noreste (59.2% hombres y 40.8% mujeres); los adolescentes de Países Bajos viven en la parte noreste del país (43.8%

hombres y 56.3% mujeres) y los adolescentes de Bolivia son del centro de La Paz y noreste de la ciudad de El Alto respectivamente (50.9% hombres y 49.1% mujeres). En relación a la edad tenemos: 15- 17 años: 60.8% y 18 – 19 años: 39.2%. (Bolivia: 78.1% de 15 – 17 años y 21.9% de 18 – 19 años); (Italia: 54.7% de 15 – 17 años y 45.3% de 18 – 19 años:) y (Países Bajos: 57.3% de 15 – 17 años y 42.7% de 18 – 19 años); la edad principal media es de 17.4.

El tipo de escuela de los adolescentes Italianos y Holandeses (31% colegio o VWO, 69% escuela técnica y vocacional o HAVO). La totalidad de los adolescentes bolivianos pertenece a la escuela con bachillerato en humanidades.

El lugar de residencia en cuanto a Italia y Países Bajos (39% ciudad grande o median, 61% pueblo pequeño); Bolivia (79.7% La Paz y 20.3% El Alto).

Instrumentos

Se aplicó la encuesta de Conductas Saludables, elaborada por Jessor, Donovan y Costa, 1992. Misma que contiene alrededor de seiscientas preguntas que investigan los comportamientos de riesgo en salud y psicosociales, así como otras dimensiones del funcionamiento psicológico del adolescente como bienestar y actividades cotidianas normales.

Medidas

Para realizar la comparación entre las variables escolares y la frecuencia del consumo de alcohol en los adolescentes de los tres países se formó escalas en base a los ítems referidos a la escuela: En cuanto a la satisfacción escolar se seleccionó los ítems relacionados con la escuela: la asistencia a la misma, la relación con los profesores y los compañeros de clase, y la satisfacción que implican estas actividades: me agrada mucho ir a la escuela (4), me agrada bastante ir a la escuela (3), poco (2) o no le agrada para nada asistir a la escuela (1).

La variable: promedios escolares fue

evaluada en base a un solo ítem que hace referencia a las notas escolares: inferior a 5 (5), promedio de 6 (6), promedio de 7 (7) y el promedio por encima de 8 (8).

Con respecto a la escala compromiso escolar, los adolescentes fueron clasificados en base a los ítems relacionados con las actividades escolares que realizan, para las cuales se encuentran motivados por lo que dedican un tiempo específico, como leer por placer, estudiar y hacer las tareas de la escuela, cuyo rango de tiempo es de 0 a 8 horas por día a la semana.

La aceptación y aprobación del entorno escolar fue evaluado en función de una medida conformada por tres ítems que están relacionados con el ambiente escolar y si este brinda aceptación y aprobación al adolescente, por lo que este se siente satisfecho y comprometido con ella: ir a la escuela le hace sentir bien consigo mismo (muy de acuerdo), o lo suficiente y necesario, poco de acuerdo o no está para nada de acuerdo en que la escuela le hace sentir bien consigo mismo.

En cuanto al control de los padres en los deberes escolares se midió a los adolescentes en base a un solo ítem que hace referencia a que los padres no controlan para nada a los hijos en sus deberes escolares (1), los controlan alguna vez (2); ejercen poco control (3) o controlan siempre (4).

La consideración a la escuela como un paso hacia la universidad fue evaluada a través de la escala relacionada cuan de acuerdo están en que la escuela es útil para formarlos como persona, para su vida futura (muy de acuerdo – para nada e acuerdo).

Con respecto a las variables relacionadas con el consumo de alcohol se tomaron en cuenta los ítems que tienen que ver con consumo y frecuencia de consumo en los últimos seis meses: si han bebido un vaso de cerveza o de vino o licor: nunca (1), si, solo una vez (2), si pocas veces (3), si diversas veces (4) y bebe habitualmente (5). En cuanto a la frecuencia como cualquier no bebedor (0); como un bebedor moderado (1), si ellos

tuviera bebido 2 a 3 veces en los últimos seis meses (2); o 4 a 5 veces en los últimos seis meses (3); una vez al mes (5); o 2 a 3 veces al mes (6) o como grandes bebedores: cada fin de semana (7); mas de dos veces a la semana (8) o más de dos veces a la semana (9).

Análisis

En este estudio se realizaron dos análisis estadísticos completos: el primer análisis evaluó la asociación estadísticamente significativa entre todas las variables escolares y las que se refieren al consumo de alcohol; encontrando relevante estudiar la relación entre diez variables seleccionadas: satisfacción escolar, compromiso escolar, aceptación y aprobación escolar, promedios escolares, control de los deberes escolares por parte de los padres, percepción de la escuela como un paso a la universidad, deserción escolar, expectativas escolares, ayuda a de los padres en los deberes escolares y motivación para ingresar a la universidad y la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas. Esta relación nos permitió realizar el segundo análisis estadístico, el cual evidencio la relación significativa entre las seis primeras variables escolares y la frecuencia del consumo de alcohol fuerte o pesado dentro de los pasados seis meses.

III. RESULTADOS

Características demográficas

Grado de escolaridad: Del total de los adolescentes el 9.7% está en la primera clase, el 11.3% segunda clase, el 22.1% tercera clase, el 29.3% cuarta clase y el 22% quinta clase (esta última aplicable a Italia y Países Bajos). En Bolivia la relación es la siguiente: Primero de secundaria = 5%, segundo de secundaria = 24.5%, tercero de secundaria = 50% y cuarto de secundaria = 20.5%. En Italia primera clase = 22%; segunda clase = 14.8%; tercera clase = 28%; cuarta clase = 20.6% y quinta clase = 14.6%. En Países Bajos: cuarta clase = 43.2%; quinta clase = 42.2% y sexta clase = 14.6%.

Con relación al grado de escolaridad, la diferencia es estadísticamente significativa

entre Bolivia y los Países Bajos ($p < .001$), Bolivia e Italia ($p < .001$) y este último con los Países Bajos ($p < .001$) (Revisar cuadro 1).

Grado de escolaridad de los padres. Encontramos los siguientes resultados globales: madre: el 14.6% no tiene estudios, el 28.5% curso la escuela elemental, el 50.1% realizó la colegiatura superior y el 8.6% curso la universidad. Padre: el 24% no curso estudio alguno, el 69.6% curso la escuela elemental, el 46.69% realizó la colegiatura superior y el 9.2% curso la universidad.

La diferencia del grado de escolaridad del padre es estadísticamente significativa entre Bolivia e Italia ($p < .001$), Bolivia y los Países Bajos ($p < .001$) y este último con Italia ($p < .001$) (Revisar cuadro 1).

En Bolivia: (madre: 20.6%, escuela elemental, 30.1% colegio y 21.8% universidad; Padre: 21.8% escuela elemental, 14.8% colegio y 27.2% universidad). En Italia: (madre: 21.3% no estudio; 48.8%, escuela elemental, 24.4% colegio y 5.5% universidad; Padre: 20% no estudio; 50.7% escuela elemental, 23.6% colegio y 5.7% universidad). En Países Bajos (madre: 2.5%, escuela elemental, 90.8% colegio y 6.7% universidad; Padre: 2.2% escuela elemental, 84.5% colegio y 13.3% universidad).

En relación a la madre, la diferencia es estadísticamente significativa entre Bolivia e Italia ($p < .001$), Bolivia y los Países Bajos ($p < .001$), y este último también con Italia ($p < .001$) (Revisar Cuadro 1).

Quadro 1 qui

Análisis entre uso de Alcohol y Variables Escolares

Los resultados indican que la satisfacción escolar está asociada con el uso de alcohol solo en Bolivia ($\beta = .23$, $p = .005$). Este resultado indica que la menor satisfacción escolar se asoció significativamente con el mayor uso del alcohol. El nivel de participación de la escuela resultó ser inversamente proporcional al uso

del alcohol en los Países Bajos ($\beta = -.12$, $p = .035$) y en Bolivia ($\beta = -.17$, $p = .033$), pero no en Italia (Revisar cuadro 2). Este resultado indica que los niveles más bajos de participación escolar se asociaron significativamente con un mayor uso del alcohol. Del mismo modo mayor control parental en las actividades de la escuela fue inversamente proporcional a la duración del uso del alcohol en Bolivia ($\beta = -.23$, $p = .004$). Esta asociación no se observó en Países Bajos ni en Italia (Revisar cuadro 2). Los resultados indican también, que la expectativa de la escuela estaba relacionada negativamente con el uso excesivo del alcohol sólo en Italia (Revisar cuadro 2). No se encontró ninguna otra asociación significativa entre cualquier variable escolar y el uso excesivo de alcohol utilizado en cualquiera de los tres países

El dato que llama la atención es la significancia estadística de la relación de la satisfacción escolar y el consumo de alcohol en Bolivia, que significa que a menor satisfacción escolar, mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas. Sin embargo hay mayor control de los padres en los deberes escolares a diferencia de Italia y Países Bajos. Hipotéticamente hablando, el control que ejercen los padres es estricto, impositivo e incierto, lejos que se traduce en castigos ante el incumplimiento y la realización de los deberes escolares, lo cual hace que los adolescentes no se encuentren totalmente satisfechos en la escuela. También puede deberse a la influencia de otros factores así como el stress, tensiones, discusiones cotidianas, etc. porque no olvidemos que entre los factores de riesgo identificados no solamente está la educación, tenemos los de tipo individual, familiar, sociales y culturales, que se interrelacionan unos a otros. En Bolivia a mayor edad del adolescente mayor responsabilidad, mayor presión; y si este es hombre la situación es aun más diferente porque ingresa al mundo laboral, lo cual implica que cuente con ingresos económicos que le facilita el acceso a las bebidas alcohólicas y si hay un aporte al núcleo familiar, hay aceptación de este del consumo de alcohol del adolescente.

Quadro 2-3 qui

IV. DISCUSIÓN

Este estudio nos muestra la vulnerabilidad en la cual se encuentran expuestos los adolescentes en Bolivia, Italia y Países Bajos frente al consumo de alcohol. Los resultados evidenciaron que determinadas variables escolares están significativamente relacionadas con esta vulnerabilidad; tales como la satisfacción escolar, el compromiso escolar y el control que ejercen los padres en los deberes escolares de sus hijos. Esta relación se presenta de distinta manera en los tres países, siendo la más significativa en Bolivia. Cuando hablamos de vulnerabilidad y conductas de riesgo, es importante mencionar los estudios realizados por (Ciairano, 2004) que evalúo los recursos y las vulnerabilidades en las conductas de riesgo en adolescentes de Italia y los Países Bajos y concluyeron que los factores personales, contextuales las actividades, la participación en el deporte, el éxito escolar, las actitudes convencionales, el valor de la escuela, etc constituyen la protección individual de la persona. (Ciairano, 2004).

Se abre la posibilidad de considerar profundizar los estudios en relación a la vulnerabilidad en las conductas de riesgo en relación al consumo de alcohol, principalmente en Bolivia. Porque en nuestro país no existen estudios realizados en esta área; por lo tanto, tener un conocimiento amplio y exacto sobre este fenómeno, nos ayudara a implementar políticas de prevención coherentes y acertadas.

Cuando nos referimos a la satisfacción escolar y su relación con la frecuencia del consumo de alcohol, nos llama la atención el resultado presente en Bolivia. A diferencia de Italia y los Países Bajos, Bolivia revela que a menor satisfacción, mayor consumo de alcohol. Esto confirma la mayoría de las teorías e investigaciones citadas en nuestro estudio, como Barca y Cols (1986) y La Espada y Elzo (1996). Estos investigadores indican que quienes hallaron una clara relación entre la

satisfacción escolar y el consumo de alcohol; afirmando que, cuando el adolescente no encuentra satisfacción en el marco escolar ni alcanza los logros que de él se esperan, puede buscar aumentar su satisfacción y su nivel de logro en ambientes no institucionalizados o desviados, e incidir con mayor facilidad en conductas de riesgo tales como el consumo de alcohol.

El compromiso escolar está relacionado significativamente con la frecuencia del consumo de alcohol en Bolivia y Países Bajos, lo que significa que a menor compromiso escolar, traducido en el tiempo dedicado a la realización de los deberes escolares, lectura de libros, etc., mayor consumo de bebidas alcohólicas. Este resultado es compatible con otros similares, tales como el de Ruiz, et al 1994 que señala que el consumo de alcohol está asociado a un menor compromiso con las normas escolares y una menor participación en las actividades curriculares y extracurriculares. En esta misma línea, Bloch, et al 1991 señala que el consumo de alcohol está asociada a una menor participación en actividades académicas fuera del horario escolar, tales como la realización de los deberes o la lectura de libros. Así mismo, Alonso y del Barrio en 1994, en un estudio llevado a cabo, encontraron que los alumnos que menos tiempo se dedican a estudiar, los que con mayor frecuencia salen con amigos, consumen bebidas alcohólicas y afirman haberse embriagado una o dos veces. Pèerula, et al 1998 han señalado que los escolares que consumen alcohol tienen una vivencia más negativa respecto a sus responsabilidades escolares, lo cual se refleja en un menor interés por acudir al colegio, una peor autovaloración de su rendimiento escolar, una menor dedicación diaria a sus deberes escolares y también del hogar, en cambio, un mayor número de horas destinadas a ver la televisión.

Llama la atención la relación inversamente proporcional que presenta Bolivia en relación a Italia y Países Bajos en torno al control parental en las actividades escolares, lo que significa que a mayor control de los padres en la realización de los deberes escolares, mayor

consumo de bebidas alcohólicas. Esta variable escolar está estrechamente relacionada con factores familiares. Al respecto, varias teorías señalan que la influencia de los padres y de la familia trasciende en la vida del adolescente. Y que los estilos parentales y de apoyo al contrario de los coercitivos y reprobativos, desarrollarán en los hijos confianza en sí mismos, alta autoestima y capacidad de autocontrol (Felson y Zielinsky, 1989; Musitu y Gutiérrez, 1990; Noller y Callan, 1991, Fontaine, Campos y Musitu, 1992). Aspectos que protegen y previenen la incidencia del adolescente, en conductas de riesgo, tales como el consumo de alcohol y drogas (Matheus, 2004).

Consideramos que el resultado presente en Bolivia, tiene que ver con un estilo de educación particular establecido en la mayor parte de la sociedad boliviana, el cual responde a un modelo clásico basado en el autoritarismo, la cohesión y el control; se educa a partir del castigo y del poder. Autores como Musitu y García (2001) refieren que este estilo generalmente va acompañado de una baja implicación de los padres en la educación, poco diálogo o escucha, poca ayuda concreta en las dificultades del adolescente.

Los hijos tratados con este estilo pueden reaccionar de dos formas: Si son de temperamento activo y fuerte, reaccionarán con agresiones, terquedad o huida (psicológica o física). Si se trata de naturaleza pasiva o sensible, reaccionará con evasión al mundo de los ensueños, o con incapacidad para entregarse a un trabajo sistemático, siempre distraído por su fantasía. En ambos casos, los adolescentes no han logrado desarrollar habilidades y estrategias cognitivas, emocionales y sociales, por lo que, son más propensos en derivar en conductas de riesgo. Tal como lo señalan Scheier, et al., 1997; Arbex, et al., 1995; la ambigüedad en las normas familiares, la sobreprotección, la falta de reconocimiento, una organización familiar rígida, influyen negativamente en el adolescente, generando una personalidad con escasas habilidades sociales que le permitan ingresar asertivamente al mundo

adulto. Otros autores como Elzo, et al., 1992, destacan esta relación significativa entre las relaciones familiares y el uso de alcohol y drogas. Muchos otros, como Alonzo y Del Barrio, 1996 enfatizan la importancia de los factores personales para el consumo de alcohol y drogas. Y señalan que estos constituyen un factor de riesgo para el adolescente. Y es que bajo este estilo de educación, los adolescentes no tienen la oportunidad de discernir entre lo que es bueno o malo para su salud y para su futuro y las consecuencias de determinados comportamientos, y a la menor oportunidad de “libertad” mayor oportunidad de experimentar situaciones “prohibidas”.

Con referencia a las expectativas escolares, en Italia a diferencia de Países Bajos y Bolivia, se observa que a mayores expectativas escolares, mayor frecuencia de consumo de alcohol. Contradictoriamente a otros estudios, como el de Ana María, et al., 2004 quien señala que los escolares cuyas expectativas se traducen en continuación de estudios, afirmaron consumir cerveza y licores y embriagarse con menor frecuencia que aquellos otros adolescentes cuyas expectativas estribaban en cursar estudios en institutos, buscar un trabajo al finalizar los estudios actuales o estar en paro (Laespada y Elzo 1996; Lopez, et al., 2001; Shannon y Colds, 1993). Alonso y Del Barrio, 1994; Gibbons, et al., 1986; Sanders, et al., 2001; Sing y Mustapha, 1994 señalan que los adolescentes que quieren dejar los estudios y solo trabajar, no tienen interés de continuar estudios superiores, a su vez son, los que peores notas obtienen y los que más alcohol u otras drogas consumen.

La escuela es el espacio en el cual el adolescente va pasar la mayor parte del tiempo, por lo que la interacción que se establece en esta esfera, es trascendentalmente importante para su formación y desarrollo de capacidades cognitivas, y habilidades de autorregulación, mismas que le va a permitir afrontar el mundo y sus exigencias. Debe proporcionar un clima positivo, motivador, orientador y con valores y normas claras; de tal manera que, se convierta en un factor protector potencialmente útil en

la prevención de conductas de riesgo y en la disminución de la vulnerabilidad en la que se encuentran los adolescentes.

Por lo tanto, sugerimos que el plan curricular de educación, principalmente en Bolivia, incluya actividades extracurriculares específicas que fortalezcan tanto los factores individuales, propios de los adolescentes, como los factores protectores escolares. Estas actividades permitiría a los maestros, primero, acercarse y conocer una realidad latente; y segundo permitirá plantear y desarrollar políticas y acciones de prevención. De esta manera, la escuela jugara un rol activo en la prevención de la salud.

Hemos podido evidenciar también, la trascendental importancia del rol de la familia, principalmente la relación con los padres, en el desarrollo de factores que protejan la salud y la vida de los adolescentes. Lo cierto es que, los padres no deben basar su orientación en una educación clásica y tradicional; mas al contrario deben establecer relaciones confiables y estables, valores y normas coherentes, reglas claras, un soporte emocional amplio, fomentar la autonomía dentro y fuera de la familia. Además de brindar acceso a la salud, educación y servicios sociales, porque no olvidemos que la pobreza, también es un factor pre disponente para las conductas de riesgo. Por lo tanto la familia, es un factor de protección que debe potencializarse en la prevención de las conductas de riesgo. Coincidimos con otros investigadores en el área, entre los que destaca Ciairano, quien refiere que la familia cumple una función protectora, a partir de las normas claras, los comportamientos equilibrados por la cercanía, el apoyo y la oportunidad de comunicarse (Ciairano et al., 2008).

Sus estudios demuestran que la familia un factor protector importante ante las vulnerabilidades y factores de riesgo y esta puede ser menos importante si el riesgo de disponibilidad es baja, o si los adolescentes tienen otras actividades individuales o contextuales, tales como si en la escuela secundaria perciben satisfacción, fuertes

creencias acerca de sus capacidades para lograr el éxito escolar, o el apoyo de otros adultos, tales como los profesores (Ciairano, 2007). Estos y otras condiciones individuales favorables y condiciones contextuales brindan mayor amortiguación a los diversos tipos de vulnerabilidad. En un estudio comparativo entre Italia y Los Países Bajos, se evaluaron los recursos de la persona (actividades, participación en el deporte, éxito escolar, las creencias, el valor a la escuela y las actitudes convencionales) los cuales constituyen la protección individual y los recursos contextuales (grado, el apoyo de la familia, acuerdo entre padre y pares, modelos convencionales de los padres y amigos, etc) constituyen la protección del contexto. La vulnerabilidad individual (sentimientos negativos e inclinación a la edad adulta) constituyen el riesgo individual. La vulnerabilidad contextual (justicia social, actividades divertidas) constituye el riesgo contextual. Se demostró que en ambos países la correlación es de similar magnitud y la predicción es lo suficientemente independiente en cada país (Ciairano, 2004). Respecto a este punto, recomendamos realizar otros estudios en nuestro país, relacionados con la vulnerabilidad, factores protectores y de riesgo, y segundo, compararlos con sus similares en Latinoamérica y posteriormente, con países europeos.

Hasta aquí hemos podido observar como determinadas variables escolares están relacionadas con el consumo de alcohol. No hemos considerado en este estudio la diferencia de edades, siendo que los adolescentes incursionan en esta conducta de riesgo en distintos momentos de esta etapa. Así lo demostraron Ciairano y colaboradores (2006) en su estudio relacionado con la edad de inicio en el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Italia y los Países Bajos. Los resultados de este estudio demostraron que los adolescentes holandeses se iniciaron en el consumo de alcohol a una edad significativamente menor que los adolescentes italianos. Así mismo demostraron que los adolescentes que se iniciaron en el consumo de alcohol a una edad más temprana, es más probable que incursionen en el consumo de

otras sustancias en edades más jóvenes (Ciairano, et al., 2006).

Consideramos también, que es importante investigar la relación de estas variables escolares no solamente con el consumo de alcohol, sino con la posible incursión del adolescente, en el consumo de otras sustancias, porque muy bien lo señalaba esta misma investigadora: los adolescentes que están involucrados en una sustancia, tienen más probabilidad de participar en otras. Lo que confirma la presencia de una constelación de sustancias, (Ciairano, et al., 2006) frente a la cual se encuentran los adolescentes, y las cuales van a responder de distinta manera. Esto proporcionará una mejor comprensión de la relación de las variables escolares, las del consumo de alcohol, los factores protectores y la vulnerabilidad, etc. Para plantear estrategias y políticas de prevención de las conductas de riesgo.

Con respecto a esto, sugerimos que la escuela, dentro de sus actividades extracurriculares, contemple actividades que incluyan a los padres, de tal manera que esta interacción fortalezca al adolescente y a la familia en su conjunto.

Así mismo consideramos que esta investigación, al igual que sus similares en conductas de riesgo en adolescentes, deben reunir esfuerzos y profundizar el tema para que a partir de una visión más amplia proporcione por comparación de datos e información, se cuente con un parámetro de comparación de los fenómenos presentes en la adolescencia, sin que ello implique la homogenización de la misma.

Durante la realización de este estudio, las limitaciones estuvieron relacionadas con la muestra limitada de Bolivia a diferencia de los países europeos, lo que nos limitó realizar la comparación de las variables escolares con otras, y la profundización de las mismas. Para entender el fenómeno de riesgo en la adolescencia, es necesario realizar un estudio integral que contemple los diferentes factores de protección y de riesgo que intervienen en

este fenómeno. Por su importancia se debe profundizar los factores relacionados con la familia, porque esta se constituyen en el pilar fundamental para la formación de valores y principios que van a regir la vida de los adolescentes. Depende de los padres si esta esfera se convierte en una plataforma de protección para los hijos, o en su defecto de destrucción paulatina de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECONA, E., y Vazques, F. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 3, 184 – 203.
- BONINO, S., Cattelino, E., & Ciairano, S. (2005). Adolescents and risk. Behaviors, functions and protective factors. New York: Springer Verlag.
- BONINO, S., Ciairano, S., Rabaglietti, E., Cattelino, E. (2006). Use of pornography and self-reported engagement in sexual violence among adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 2, 265-288.
- BUELA, C., Rios, F.G., y Carrasco, G. L. (1997). Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención. *Salud Mental*, 5, 167-302.
- CARRASCO, A.M., Barriga, J.S., y Leon, R. J. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 24, 83 – 93.
- CASULLO, M. M. (1999). Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 3, 124-154.
- CATALANO, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the Social Development Model, *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429-455.
- CIAIRANO, S. (2004). Risk behaviour in adolescence: drug-use and sexual activity in Italy and the Netherlands. Groningen: Stichting Kinderstudies Publisher.
- CIAIRANO, S. (2007). Adolescent substance use in two European countries: Relationships with psychosocial adjustment, peers, and activities. *Investigación Psicológica, Revista de Carrera de Psicología, Instituto de Investigación Interacción y Postgrado de Psicología, Universidad Madrid de San Andrés, La Paz, Bolivia- Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 8 (1), 119 – 138.
- CIAIRANO, S., Kliwer, W., Bonino, S., Miceli, R., y Jackson, S. (2006). Dating Sexual Activity, and Well-Being in Italian Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (2), 275-282.
- CIAIRANO, S., Settanni, M., Van Schuur, W., y Miceli, R. (2006). Adolescent Substance Use, Resources and Vulnerabilities: A Cross-national and Longitudinal Study. In: K. Weichold & R.K. Silbereisen, Special Issue: Cross-cultural Research on the Development of Adolescent Substance Misuse, *SUCHT, German Journal of Addiction Research and Practice*, 52 (4), 253-260.
- CIAIRANO, S., Van Schuur, W. H., Bonino, S., Molinengo, G., y Miceli, R. (2006). The use of psychoactive substances among Dutch and Italian adolescents: The contribution of personal and relational resources and vulnerabilities. *European Journal of Developmental Psychology*, 3, 321 -337.
- CIAIRANO, S., van Schuur, W. H., Molinengo, G., Bonino, S., y Miceli, R. (2008, in press). Age of initiation with different substances and relationships with resources and vulnerabilities: A cross-national study. *European Journal Developmental Psychology*, 0 (0), 1 – 19.
- COSTA, F.M., Jessor, R., Turbin, M.S., Dong, Q., Zhang, H., y Wang, C. (2005). The role of social contexts in adolescence: Context

- protection and context risk in the U.S. and China. *Applied Developmental science*, 9 (2), 67 – 85.
- ECHAGARRUA, M.Y., Gonzales, T.L., y Aguila, M. (2006). Prevalencia, y factores socioculturales asociados al Alcoholismo y adolescencia. *Psicología científica*, 12, 37 – 125.
- ESPADA, J.P., Méndez X., y Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12 (1), 57-64
- FARALLI, C., Zuccaro, P.G., Russo R., y Scafato, E. (2003). I modelli di consumo di bevande alcoliche nelle fiction e nei film televisivi. *Alcologia*, 15, 95-109.
- HERRERA, M., y Vazques, M. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, Mexico. *Salud publica de Mexico*, 46 (2), 1 – 9.
- HINGSON, R., Heeren, T., Zakocs, R., Winter, M., y Wechsler, H. (2003). Age of first intoxication, heavy drinking, driving after drinking and risk of unintentional injury among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 2, 7-12.
- JESSOR, R. (1991). Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescence Health*, 7, 82 -96.
- JESSOR, R. (1997). Successful Adolescent Development Among Youth of High Risk Settings. *American Psychologists*, 55, 170-183.
- JESSOR, R., Donovan, J.E., & Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence – Problem behavior and young adult development*. New York: Cambridge University Press.
- JESSOR, R., Donovan, J.E., & Costa, F.M. (1992). *Health behavior Questionnaire. High School form*. Boulder, Usa: Institute of Behavioral Science, University of Colorado.
- JESSOR, R., Turbin, M.S., Costa, F.M., Dong, Q., Zhang, H., y Wang, C. (2003). Adolescent problem behaviour in China and the United States: A Cross-National Study of Psychosocial Protective Factors. *Journal of research of adolescence*, 13(3), 329-360.
- LÓPEZ, J. R., Antolín N., Barceló M., y Pérez M. (2001). Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud: hábitos y creencias. *Atención Primaria*, 27, 15-65.
- MAURO, L., Mistreta, A., Palermo, F., Arata, U., y Marranzano, M. (2006, Abril 3), Abitudine al consumo di alcol fra gli adolescenti di tre differenti città dell'Italia Centro Insulare: A survey on alcohol consumption habits among adolescents of three towns in Italy. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, 29, 23 – 27. Extraído el 14 de septiembre de 2008 desde <http://www.bollettinodipendenze.it/View-document/40-Contributi-Originali.html>.
- MATHEUS, T.S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes, hijos de padres alcohólicos en el Perú. *Revista latina*. Marzo-abril 12, 359-68.
- MESCHKE, B. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual del adolescente. *Revista Colombiana de Psicología*, 015, 91- 101.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (2002). *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País*. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_484.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (2005). *Escuelas Promotoras de Salud en las Américas*. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/HPP/HPM/HEC/hs_about.htm.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, (2004). *Reporte global de la situación*

-
- sobre el alcohol. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Extraído el 14 de septiembre de 2008 desde http://www.faslink.org/WHO_global_alcohol_status_report_2004.pdf.
- PALACIOS, D. J., y Andrade, P.P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 1-12.
- PÉRULA, R. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta. Revista especializada en juventud l lleure*, 24, 679-701.
- REHM, J., y Monteiro, M. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas –implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*, 4(5), 241-248.
- RODRIGUEZ, S. I., Torres, D. J., Hernandez, J. Y., y Zurita, P. (2001). Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales. *Addiction*, 96 (8), 38-63.
- SAAVEDRA, C.A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*, 19, 63 -103.
- Silber, T.J., y Munist M. M., (1999). Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. *Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud*, 20, 19 – 25.
- SCAFATO, E. (2003-2004). Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Ist. Super. Sanità Health, food and alcohol and safety. Special Eurobarometer. European Opinion Research Group*, 40, 25-33.