

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

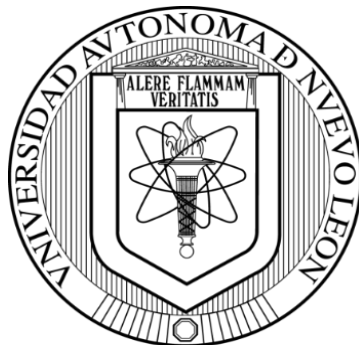
Por

LIC. STELLA MARIS GÓMEZ TORRES

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Por

LIC. STELLA MARIS GÓMEZ TORRES

Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Por

LIC. STELLA MARIS GÓMEZ TORRES

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Por

LIC. STELLA MARIS GÓMEZ TORRES

Co-Director Externo

DRA. JESICA GUADALUPE AHUMADA CORTEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Presidente

MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez
Secretario

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo otorgado mediante la beca de manutención para poder realizar mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A mi director de Tesis, la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por compartir sus conocimientos conmigo, guiarme y apoyarme para la culminación de este estudio, gracias por ser una inspiración para trabajar y conseguir grandes metas.

A los directivos de la Facultad de Enfermería por brindarme la oportunidad de ingresar a la institución que se ha convertido en mi segunda casa.

A mi jurado, la Dra. Nora Angélica Armendáriz García y la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez por sus observaciones que enriquecieron este trabajo y por su dedicación a la docencia y formación de nuevos investigadores.

A todos los participantes del estudio se les agradece la información que compartieron.

A mi familia, amigos y cada una de las personas que estuvieron a mi lado durante este viaje, gracias por apoyarme a concluir este sueño y brindarme motivación para nunca desistir, gracias por creer en mí y por estar a mi lado en los buenos y malos momentos.

Dedicatoria

Gracias a Dios por permitirme cumplir mi sueño de estudiar la Maestría en Ciencias de Enfermería y poder estar acompañada de mi familia.

Le dedico este trabajo a mi madre, Maria Luisa Torres Baltazar pues es mi motivo y motor para salir adelante día a día, gracias por haber dedicado tu vida a mis hermanas y a mi, y aunque ningún título será suficiente para agradecerte, espero que puedas sentirte orgullosa de este logro que comparto contigo con el corazón, pues todo lo que hago es por ti.

A mi abuelita Zenen, aunque no pueda verme físicamente culminar este logro siempre está en mi mente y corazón, un abrazo hasta el cielo.

A mis hermanas Isis y Hadit, por haber formado parte fundamental en este viaje manteniéndome siempre motivada a seguir mis metas y no darme por vencida.

A Camila y Kailani, por que con sus travesuras y ternura me mantuvieron siempre con motivación y alegría para trabajar.

A todas las personas que iniciaron este viaje conmigo, gracias por formar parte de esta aventura y por creer en mi, siempre están en mi corazón.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	7
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	18
Objetivos	20
Capítulo II	
Metodología	21
Diseño del Estudio	21
Población, Muestreo y Muestra	21
Instrumentos de Recoleccion de Datos	22
Procedimiento de Recolección de Datos	24
Consideraciones Éticas	25
Análisis de Datos	27
Capítulo III	
Resultados	29
Estadística Descriptiva	30
Estadística Inferencial	40
Capítulo IV	
Discusión	55
Conclusiones	62
Recomendaciones	64
Referencias	65

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Apéndices	74
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA)	75
B. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	78
C. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	80
D. Consentimiento Informado para el Padre o Tutor	82
E. Asentimiento Informado del Estudiante	85

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Tabla de análisis de datos	28
2. Consistencia interna de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	29
3. Características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad y grado escolar)	30
4. Características de consumo de alcohol de los participantes que consumen alcohol en el último año	31
5. Frecuencias y proporciones de la Escala de Alexitimia de Toronto: Subescala Dificultad para identificar sentimientos	32
6. Frecuencias y proporciones de la Escala de Alexitimia de Toronto: Subescala dificultad para expresar sentimientos	33
7. Frecuencias y proporciones de la Escala de Alexitimia de Toronto: Subescala pensamiento externamente orientado	34
8. Frecuencias y proporciones de las dimensiones de Alexitimia	35
9. Frecuencias y proporciones de consumo de bajo riesgo de alcohol en base al cuestionario AUDIT	36
10. Frecuencias y proporciones de consumo de riesgo de alcohol en base al cuestionario AUDIT	37
11. Frecuencias y proporciones de consumo perjudicial en base al cuestionario AUDIT	38
12. Tipos de consumo de alcohol de los adolescentes	39

Lista de Tablas

Tabla	Página
13. Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de Normalidad de Kolmogorov- Smirnov con Corrección de Lilliefors	40
14. Chi-Cuadrada de Pearson para las dimensiones de Alexitimia por sexo	42
15. Chi-Cuadrada de Pearson para las dimensiones de Alexitimia por edad.	42
16. Chi-Cuadrada de Pearson para las dimensiones de Alexitimia por escolaridad	43
17. Chi-Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por sexo	44
18. Chi-Cuadrada de Pearson para prevalencia de consumo de alcohol por edad	44
19. Chi-Cuadrada de Pearson para las prevalencias de consumo de alcohol por escolaridad	45
20. U de Mann-Whitney para tipos de consumo de alcohol por sexo	46
21. H de Kruskal-Wallis para tipos de consumo de alcohol por edad	47
22. H de Kruskal-Wallis para Tipos de Consumo con escolaridad	49
23. Coeficiente de Correlación de Spearman de Alexitimia con el consumo de alcohol	50

Lista de Tablas

Tabla	Página
24. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de Alexitimia con las prevalencias de consumo de alcohol global, lápsica, actual e instantánea	51
25. Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de Dificultad para identificar sentimientos con las prevalencias de consumo de alcohol Global, Lápsica, Actual e Instantánea	52
26. Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de Dificultad para expresar sentimientos con las prevalencias de consumo de alcohol Global, Lápsica, Actual e Instantánea.	52
27. Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de Pensamiento externamente orientado con las prevalencias de consumo de alcohol Global, Lápsica, Actual e Instantánea.	53
28. Chi-Cuadrada de Pearson para prevalencias de consumo de alcohol con Dimensiones de Alexitimia	54

Resumen

Lic. Stella Maris Gómez Torres
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Abril, 2021

Título del Estudio: ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Número de páginas: 85

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue identificar la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol en adolescentes que estudian secundaria. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por estudiantes de 12 a 15 años inscritos en escuelas secundarias de Nuevo León. El muestreo fue probabilístico aleatorio. El tamaño de la muestra ($n= 314$) se estimó para una correlación alternativa bilateral, considerando un nivel de significancia de .05, una potencia del 90%, una tasa de no respuesta del 5% y un efecto de diseño de 1.15. Se empleó una Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Alcohol y dos instrumentos: la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan, Bagby, 1985) que obtuvo una consistencia interna de $\alpha=.82$ y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1989) que obtuvo una consistencia interna de $\alpha=.86$. Para el análisis de datos se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, resultando que los datos no presentaron normalidad en su distribución, se utilizaron pruebas no paramétricas como Chi-Cuadrada de Pearson, U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Coeficiente de Correlación de Spearman.

Contribución y Conclusiones: Se reportó que el 35% de los estudiantes tenía 15 años y el 31.2% 14 años, además el 51.9% eran mujeres y 48.1% hombres, así mismo se encontró que la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 13 años, además realizan esta acción en compañía de sus amigos y es la cerveza la bebida de mayor consumo. De acuerdo con las dimensiones de alexitimia, el 78.3% de los participantes no presentaron alexitimia, el 12.5% reportó posible alexitimia y el 9.2% informó alexitimia. Con respecto a los tipos de consumo, los estudiantes reportaron mayor consumo de bajo riesgo (59.6%), seguido por el consumo de riesgo (25.2%) y consumo perjudicial (15.2%). Respecto al puntaje de alexitimia por sexo, se identificó que las mujeres muestran mayor proporción de alexitimia (12.3%) en comparación con los hombres (6%) no obstante estas diferencias no fueron significativas. Respecto a la alexitimia de acuerdo con la edad, se mostró que son los estudiantes de 14 años los que muestran mayor proporción de alexitimia (15.3%), seguidos de los de 13 años (11.1%), sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. Respecto al segundo objetivo del estudio, no se encontró diferencia significativa del sexo y las prevalencias de consumo de alcohol. Respecto a la edad, se observaron diferencias significativas con la

prevalencia global y lápsica ($\chi^2= 67.99, p< .001$ respectivamente), así mismo con la prevalencia actual ($\chi^2= 31.91, p<.001$) e instantánea ($\chi^2= 17.84, p<.001$) se presentó mayor prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes de 15 años. De acuerdo con la escolaridad se presentaron diferencias significativas con la prevalencia global y lápsica ($\chi^2= 64.09, p<.001$ respectivamente), así mismo con la prevalencia actual ($\chi^2= 27.77, p<.001$) e instantánea ($\chi^2= 15.76, p<.001$) se presentó mayor prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes de tercer año de secundaria. Respecto al tercer objetivo de estudio se encontró únicamente que la escolaridad y el tipo de consumo perjudicial, documentó diferencia significativa ($H= 7.601, p= .02$), documentando una media más alta de 6.6 de AUDIT en adolescentes que estudian primer año de secundaria seguido de los de tercer año de secundaria con una media de 6.3, no obstante, no se documentó diferencia significativa de sexo y edad por tipo de consumo de alcohol de bajo riesgo, de riesgo y perjudicial. Respecto al cuarto objetivo de estudio sobre la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol, se encontró correlación positiva y significativa entre la escala de Alexitimia de Toronto y el AUDIT ($r_s= .278, p< .001$), así como en las subescalas dificultad para identificar sentimientos ($r_s= .280, p< .001$) y dificultad para expresar sentimientos ($r_s= .284, p< .001$) mostraron correlación positiva y significativa con el AUDIT. Además, se encontró correlación positiva y significativa entre la escala de alexitimia ($r_s= .208, p< .01$), las subescalas dificultad para identificar sentimientos ($r_s= .178, p< .02$) y dificultad para expresar sentimientos ($r_s= .245, p< .002$) con el tipo de consumo dependiente o de riesgo ($r_s= .208, p< .01$). Así mismo, la escala de Alexitimia reportó un Coeficiente de Correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol perjudicial ($r_s= .416, p< .001$) y con las subescalas dificultad para identificar los sentimientos ($r_s= .407, p< .001$), dificultad para expresar los sentimientos ($r_s= .393, p< .001$) y el pensamiento externamente orientado ($r_s= .223, p= .006$). Finalmente, de acuerdo con el quinto objetivo del estudio sobre la alexitimia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol, se encontró diferencia significativa entre la subescala dificultad para expresar sentimientos con la prevalencia de consumo instantánea ($U= 3499.500, p= .03$), además se muestra que de acuerdo con las dimensiones de alexitimia y las prevalencias de consumo de alcohol, se encuentra diferencia significativa entre la ausencia de alexitimia con la prevalencia de consumo instantánea ($\chi^2= 9.12, p< .01$). Este estudio puede ser la base para próximos estudios en diversas poblaciones y en contextos diferentes.

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol representa uno de los 20 principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo, más de la cuarta parte (26.5%) de todos los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores, lo que representa 155 millones de adolescentes a nivel mundial. Se estima además que cerca de 3.3 millones de personas mueren anualmente a causa del consumo excesivo de alcohol, lo que representa un 5.1% de la carga de morbilidad y lesiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

El consumo de alcohol es además el principal factor de riesgo para la pérdida de Años de Vida Saludables [AVISAs] a nivel global en la población de 15 a 49 años, en mujeres representó el 2.3% de AVISAs atribuibles al consumo y en hombres el 8.9% (Griswold et al., 2018), adicionalmente es responsable del aumento de la carga de morbilidad en la población general de América Latina (Anderson, Gual, & Colon, 2008; Organización Panamericana de la salud [OPS], 2008). En México; cerca de 6.5% de las muertes prematuras y 1.5% de años vividos sin salud son atribuibles al consumo excesivo de alcohol (Lozano et al., 2013).

De acuerdo con el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (OMS, 2014), el consumo per cápita del alcohol a nivel mundial en el año 2010 fue de 6.2 litros de alcohol puro en personas de 15 años en adelante, lo que se traduce en 13.5 gramos de alcohol puro por día; en Europa y América se reportaron los niveles más altos de consumo per cápita de alcohol puro con 10.9 y 8.4 litros respectivamente. Además, el alcohol está relacionado de forma directa e indirecta con más de 300,000 defunciones en las Américas; en 80,000 de ellas, el consumo de alcohol fue el factor determinante.

Las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol son: la reducción del autocontrol causa daños fisiológicos, aumenta el riesgo de padecer enfermedades, como la tuberculosis, enfermedades cardiovasculares y algunas neoplasias (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019).

Entre las principales causas de defunción en el mundo, en el año 2019 relacionadas de forma directa con el consumo de alcohol se encuentran los accidentes por vehículo de motor en un 20% aproximadamente, enfermedades de hígado, riñón y neoplasias hasta en un 30%, así como el homicidio y cerca de un 50% se debe a la cirrosis hepática (UNODC, 2019; OMS, 2014).

De acuerdo con los datos nacionales, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte Alcohol (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SS], 2017) informa en el año 2017 que, en la población adolescente de 12 a 17 años de edad, el consumo de alcohol alguna vez en la vida muestra proporciones similares del periodo de 2011 a 2016 (42.9% a 39.8%) respectivamente. Así mismo, las prevalencias del consumo de alcohol en el último año y último mes han reportado una variación mínima del 2011- 2016 al pasar de 30% a 28% y de 14.5% a 16.1% respectivamente.

Respecto a las prevalencias del consumo de alcohol en adolescentes por sexo y en edad de 12 a 17 años han tenido también variaciones, el consumo alguna vez en la vida en hombres disminuyó de 46% en 2011 a 41.7% en el 2016, la prevalencia durante el último año pasó de 31.8% a 28.8% en el mismo periodo y la prevalencia de consumo de alcohol en último mes en 2011 fue de 17.4% a 16.8% en el 2016. En las mujeres, el 39.7% consumió alcohol alguna vez en la vida en 2011 y 37.9% en 2016, mientras que en el último año fue de 28.1% en 2011 y 27.2% en 2016, de acuerdo con la prevalencia de consumo en el último mes, en 2011 presentó un 11.6% y en 2016 incrementó a un 15.4%.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes realizada en el año 2014 [ENCODE] (INPRFM, CONADIC, SS, 2014) se brinda información sobre una prevalencia nacional del consumo de alcohol alguna vez en la vida en estudiantes de secundaria de 40.7% mientras que, en el estado de Nuevo León,

esta prevalencia es de 27.3% en el que un 29.40% corresponde a las mujeres y un 25.30% representa a los hombres.

Adicionalmente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] (Secretaría de Salud, 2016) reporta la distribución de la población en general según la droga de impacto para el periodo 1994- 2016, la cual mostró que el alcohol es la sustancia que con mayor frecuencia consumen los pacientes de Centros de Tratamiento No Gubernamentales, además indican que es la sustancia por la que solicitaron ayuda a dichas instituciones. De acuerdo con los datos del SISVEA de un total de 934,665 pacientes, 308,788 refirieron que ésta fue la droga de impacto, es decir un 33% del total de las personas en tratamiento fue por causa del consumo de alcohol donde se reporta una media de edad de 30.49 años. Mientras que, en la población de 15 a 19 años, de un total de 873,418 de adolescentes en tratamiento por consumo de alcohol, el 16.6% correspondió al sexo masculino y el 29% de sexo femenino.

Por lo anterior y de acuerdo con los datos nacionales y locales, es de suma importancia priorizar la información sobre el consumo de alcohol en adolescentes, ya que esta droga es de fácil acceso aun y que este sancionada en México su venta a menores de edad según la NOM-028-SSA2-2009: Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (SS, 2009). No obstante, este consumo de alcohol en adolescentes se encuentra en aumento y puede asociarse con la socialización, la presión de pares y el no poder expresar sus sentimientos, por ello se encuentra en el primer lugar como droga de inicio con una edad promedio al consumo de alcohol de 12.8 años en mujeres y 12.4 en hombres (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2019).

La Organización de los Estados Americanos ([OEA], 2013) a su vez informa que los adolescentes que empiezan a beber alcohol antes de los 15 años tienen cuatro veces más probabilidad de cumplir con el criterio de dependencia en algún momento de sus vidas. Dado el proceso de desarrollo del cerebro, el consumo de alcohol en la adolescencia, especialmente si se hace en grandes cantidades, puede alterar y afectar

tanto las estructuras, como las funciones cerebrales. Además, la Comisión Nacional contra las Adicciones ([CONADIC], 2019) refiere que de una población de 65 de los adolescentes que cometieron algún delito bajo los efectos de una droga, el 47.7% se encontraba bajo los influjos del alcohol, en virtud de que esta sustancia afecta su esfera fisiológica, su estado cognitivo y conductual lo cual entorpece su criterio de consumo y la toma de decisiones (Herrera & Oropeza, 2008).

En relación con el consumo de alcohol en adolescentes se reconocen diversos factores personales, psicológicos y sociales que pueden contribuir al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, como son la edad ya que se ha encontrado que dentro de la población adolescente de entre 11 y 19 que estudia secundaria la edad de 14 a 16 años es donde los estudiantes presentan mayor consumo de alcohol, además se muestra que el consumo prevalece en el sexo masculino en comparación con el femenino (Nash, González, Hernández, Bravo, & López, 2012).

Respecto al sexo se ha reportado que los varones consumen alcohol con mayor frecuencia y cantidad que las mujeres (Ruiz-Juan & Ruiz- Risueño, 2011) en relación con los factores psicológicos que pueden determinar el consumo de alcohol en adolescentes se encuentran la autoestima baja, los problemas de comunicación y la alexitimia (Moral- De la Rubia, 2009). Finalmente, entre los determinantes sociales se ha documentado, la presión de los pares y la influencia familiar que podrían incrementar la probabilidad del consumo de alcohol (Pérez, Soler, Pérez, & González, 2016) estos factores pueden ser considerados de riesgo para el consumo de alcohol (Becoña, 2002).

Respecto a los factores de riesgo psicológicos estos hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse, comunicarse y comportarse construyendo de esta forma la personalidad (alexitimia) que puede asociarse con el consumo de alcohol y otras drogas (Tirado, Aguaded & Marín, 2009). La alexitimia es una característica de la personalidad que muestra en el individuo una incapacidad para reconocer y describir las emociones propias y de los demás y que

podría estar relacionada con el consumo de alcohol (García, Rodríguez, Córdova, & Fernández-Cáceres, 2012).

El origen de la alexitimia puede encontrarse en la carencia afectiva o el limitado cuidado maternal durante los dos o tres primeros años de vida y se desarrolla progresivamente en función de las estimulaciones exteriores, sobre todo en función de la interacción entre la madre y el niño en la primera fase de la vida (Alonso- Fernández, 2011).

La adolescencia es una etapa clave para el desarrollo de habilidades sociales y se asocia a cierta estabilidad emocional y de comunicación, el adolescente debe adaptarse al aula, compartir experiencias, relacionarse e interactuar con las personas a su alrededor y así desarrollar sus emociones, por lo cual puede enfrentarse a una gran problemática cuando existe la incapacidad de interactuar con sus compañeros u otras personas y esto puede residir en la presencia de alexitimia. En razón de esto es prioritario indagar en el adolescente la existencia de problemas para relacionarse como dificultades para socializar, falta de responsabilidad y dificultad para regular sus emociones, por ello es de vital importancia detectar en etapa temprana de la vida la alexitimia la cual es una característica de la personalidad (Martínez-Ramón, Méndez-Mateo, & Ruiz- Esteban, 2018).

El interés de este estudio es conocer la alexitimia y el consumo de alcohol en adolescentes que estudian secundaria, lo anterior es por la escasa información y en virtud de hallazgos en otras poblaciones clínicas y no clínicas en jóvenes y universitarios con aproximadamente un 50 % a 60% de alexitimia y relacionada con el consumo de alcohol, se identifica un área prioritaria de indagación en un grupo diferente a los ya estudiados. Por ello se considera la necesidad de detectar la alexitimia a más temprana edad y poder desarrollar acciones que coadyuven el desarrollo de habilidades sociales como comunicación y expresión de sentimientos (García, Rodríguez, Córdova, &

Fernández- Cáceres, 2016; Lyvers, Hasking, Albrecht & Thorberg 2011; Moral de la Rubia, 2009).

El hecho de que el adolescente no pueda detectar sus emociones y nombrarlas, provoca interferencias en la vida cotidiana del adolescente, dificulta las relaciones interpersonales, mostrando incapacidad para retroalimentar a sus compañeros de clase y ser empáticos, se observa la falta entusiasmo, hablan poco parecen ser serios y aburridos, por lo que se aíslan del resto del grupo y pueden sentirse rechazados. Lo anterior genera un déficit de comunicación emocional, el que puede ser afrontado con el consumo de alcohol. Por ello la importancia de detectar en la adolescencia la alexitimia y diseñar estrategias de atención integral para estos chicos que estudian secundaria, de esta forma además se evita el consumo de sustancias toxicas como el alcohol y se pueden promover estilos de vida saludables (Martínez-Ramón, Méndez-Mateo & Ruiz-Esteban, 2018; Taylor, 2000).

Se ha observado que estudiantes universitarios con alexitimia tienden a consumir alcohol como medio de afrontar el malestar emocional (Moral de la Rubia, 2009). Por su parte Lyvers, Hasking, Albrecht, & Thorberg (2011) reportan que el consumo de alcohol puede ser utilizado por personas con alexitimia para hacer frente a estados emocionales negativos y mejorar su desempeño social. También se ha observado que la personas con dependencia al alcohol que reportan alexitimia consumían significativamente más alcohol y eran menos abstinentes que las personas dependientes al alcohol pero que no tenían alexitimia (Coriale et al., 2012).

Los estudios sobre alexitimia en México y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes son escasos, no obstante, existe información acerca de la alexitimia y su relación con el consumo de drogas en personas en tratamiento (García, Rodríguez, Córdova & Fernández- Cáceres, 2016), además han sido realizados en población adulta y en personas que ya presentan dependencia al alcohol (Coriale et al., 2012), lo que permite identificar que existe un vacío del conocimiento sobre este fenómeno en un

grupo con características diferentes como son los adolescentes que estudian secundaria y que podrían estar en riesgo de consumir alcohol en etapa temprana de la vida sobre todo en aquellos que no han identificado la presencia de alexitimia.

Por ello se requiere información y conocimiento científico útil acerca de la relación que existe entre la alexitimia y el consumo de alcohol en población adolescente que estudia secundaria. En razón de esto se considera que el presente estudio aporta información que permite identificar que los datos de alexitimia por sexo y edad fueron muy similares en este estudio pero se documentó su presencia, de esta forma se pudo detectar esta característica de la personalidad de forma temprana, así como valorar las posibles dificultades de estos para expresar y definir sus sentimientos y con ello poder orientar en el futuro el diseño de intervenciones de enfermería enfocadas a la prevención de consumo de alcohol en particular en aquellos con altos puntajes de alexitimia. Por lo anterior el propósito del presente estudio es identificar la relación que existe de la alexitimia con el consumo de alcohol en adolescentes que estudian secundaria.

Marco de Referencia

El sustento teórico del presente estudio se basa en los conceptos de las variables de alexitimia y consumo de alcohol.

El concepto de alexitimia se introdujo por Sifneos (1973) y la definió como la ausencia de palabras para expresar las emociones y la dificultad para identificar y expresar dichas emociones, así como tener una vida de fantasía interna empobrecida. Este autor aportó información que le permitió organizar una serie de observaciones clínicas descritas por sus pacientes en una entidad conceptual. Es importante destacar que la alexitimia no es una declaración de enfermedad que tiene un paciente; es más bien una caracterización de pensamientos, sentimientos y procesos relacionados que se expresan en una conducta (Fernández- Montalvo & Yáñez, 1994).

Las personas con alexitimia presentan incapacidad para identificar los componentes afectivos de las emociones y esto deriva en la dificultad para poder

expresarlas (García, Rodríguez, Córdova, & Fernández- Cásares, 2016); la alexitimia se caracteriza por tres componentes en la personalidad: 1) dificultad para diferenciar los sentimientos, 2) dificultad para expresar los sentimientos 3) pensamiento externamente orientado (Taylor, Ryan & Bagby, 1985).

Además, la alexitimia se considera un rasgo frecuente en individuos que consumen alcohol; y otras drogas (Morie et al., 2016). Respecto al consumo de alcohol, el etanol es la substancia contenida en el alcohol la que es adictiva la cual al ingerirse produce alteraciones metabólicas, fisiológicas y de la conducta, debido a que el etanol (alcohol etílico) es considerado un depresor del sistema nervioso central, por lo que al consumir alcohol frecuentemente se genera la dependencia física y psicológica (OMS, 2014). El alcohol, se ingiere por vía oral y se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo, sus efectos conductuales varían de un individuo a otro debido a múltiples factores, como dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde la ingesta anterior (Aragón, Miquel, Correa, & Sanchís-Segura, 2002).

Las bebidas alcohólicas son aquellas que contienen alcohol etílico en una proporción de 2% hasta un 55% en volumen y se clasifican en bebidas destiladas (vodka, whiskey, ron, ginebra, tequila, brandy), fermentadas (pulque, vino, cerveza, sidra) y licores (crema de frutas y anís). Una bebida estándar corresponde a una cerveza de 12 onzas, 2 onzas de vino o 1.5 onzas de destilados, el contenido de alcohol en estas bebidas corresponde a un promedio equivalente a 14gr de etanol (Tapia, 2001).

Respecto al consumo de alcohol por sexo, existen diferencias asociadas a razones fisiológicas ya que las mujeres presentan menor cantidad de la enzima deshidrogenasa alcohólica en la mucosa gástrica y debido a que el alcohol se absorbe en la mucosa se concentra con más rapidez en la sangre que en los varones. Adicionalmente las mujeres contienen un 14% menos agua en el organismo que los hombres, esto provoca que el etanol tenga un efecto más rápido en el organismo ya que es una molécula soluble en

agua y se difunde uniformemente, esto provoca que las mujeres presenten mayor concentración de alcohol en la sangre que los hombres aún y cuando se haya ingerido la misma cantidad (Álvarez, 2000).

Adicionalmente se establece por la Norma Oficial No. 28 (SSA2-1999) que la evaluación del consumo de alcohol puede realizarse a través de la frecuencia la que se evalúa por medio de la prevalencia del consumo de alcohol. La prevalencia se define como la cantidad de personas que consumen alcohol en una población y en un momento dado del tiempo y multiplicada por un factor que puede ser 100, 1,000 o 100,000 (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2008).

La prevalencia para el consumo de alcohol se clasifica en prevalencia global la cual se refiere al número de personas que consumieron alcohol alguna vez en la vida, prevalencia lápsica es el número de personas que consumieron alcohol en el último año, prevalencia actual es el número de personas que consumieron alcohol en el último mes y prevalencia instantánea se refiere al número de personas que consumieron alcohol en los últimos siete días; estos cuatro tipos de prevalencia serán evaluadas en este estudio (SS, 2009; Tapia, 2001).

Con respecto a los tipos de consumo, Babor et al. (1989) establecieron los patrones o tipos de consumo de alcohol; en México De la Fuente y Kershenobich (1992), realizaron la validación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Babor et al. 1989; De la Fuente y Kershenobich (1992). De acuerdo con estos autores, la clasificación del consumo de alcohol se clasifica como: consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo y consumo perjudicial.

El consumo de bajo riesgo es cuando el consumo es de 40 g de etanol no más de tres veces por semana (cuatro bebidas estándar) en los varones y 20 g no más de tres veces por semana (dos bebidas estándar) en las mujeres y nunca más de seis bebidas alcohólicas, además de no presentar síntomas derivados del consumo de alcohol; el consumo de riesgo para los hombres se considera el consumo de cinco a nueve copas por

ocasión y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, además de dejar de realizar sus actividades a causa del consumo o de que una vez iniciado el consumo de alcohol no puede detenerse.

Por último, el consumo perjudicial ocurre cuando los hombres ingieren en un día típico diez o más copas y en las mujeres ingieren seis o más copas además de que sus familiares o personal de salud le haya manifestado su preocupación por su forma de beber alcohol, se haya lastimado él o alguien más a consecuencia de su consumo, tener remordimiento por su forma de beber u olvidar algo que hubiera ocurrido mientras estuvo ingiriendo alcohol, estos tres tipos de consumo se incluyen en este estudio.

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan estudios de acuerdo con las variables de alexitimia y consumo de alcohol. Sin embargo, se incluyen aquellos estudios en otros grupos de población y no solo consumidores de alcohol también de drogas ilícitas.

Un estudio realizado por García, Rodríguez, Córdova y Fernández- Cáceres (2016), con el objetivo de comparar la presencia de alexitimia en hombres y mujeres que acuden a solicitar tratamiento por consumo de drogas y explorar diferencias según el tipo de droga por la que se solicita atención (droga de mayor impacto). Se llevó a cabo en una muestra que se conformó por 266 pacientes de los Centro de Integración Juvenil (CIJ) de distintos estados de la República Mexicana solicitantes de tratamiento de los cuales 76% (199) fueron hombres y 24% (64) mujeres; además se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) para evaluar los rasgos de alexitimia.

Los resultados demuestran que el 23.9% de los pacientes (63) no presentaron rasgos de alexitimia, el 24.6% presenta posible alexitimia (65), de estos el 26% son hombres y 20.3% mujeres, finalmente el 51.5% de los pacientes (136) presentó alexitimia de ellos el 51.0% fueron hombres y 46.9% mujeres. Adicionalmente se encontró que, de los pacientes consumidores de alcohol, estos presentan una $\bar{X} = 61.0$,

$DE=14.9$ de alexitimia, siendo las mujeres consumidoras de alcohol las que presentan mayor media de alexitimia de 67.7 , $DE=18.0$ en comparación con los hombres ($\bar{X}= 57.6$, $DE=12.2$).

Otro estudio realizado por Bravo y Barros (2016) con el objetivo de caracterizar la alexitimia en pacientes drogodependientes, tuvo una muestra de 51 pacientes masculinos entre 18 y 51 años de edad internados en una clínica de tratamiento de alcohol y drogas de los 12 pasos de la ciudad de Cuenca, Ecuador; donde se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) para determinar la dificultad de los pacientes para la identificación y descripción de los sentimientos tanto propios como externos. Se encontró que el 52.9% de los pacientes (27) presenta alexitimia definida, 35.2% (18) alexitimia indefinida y 11.7 (6) de los pacientes no presenta rasgos de alexitimia.

En cuanto a las tres dimensiones evaluadas por la escala TAS, la dificultad para identificar sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de las emociones se presentó en el 32.4% (14) de los pacientes, la dificultad para expresar sentimientos estuvo presente en el 33.2% (15) de los 45 pacientes y en el pensamiento externamente orientado resultó presente en el 34.4% (16) de los pacientes.

Luminet, Cordovil de Sousa Uva, Fantini y Timary (2016) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la relación entre depresión y alexitimia con el deseo del consumo de alcohol en personas ingresadas a desintoxicación y rehabilitación del departamento de psiquiatría de un hospital de Bélgica, la muestra estuvo conformada por 158 pacientes (103 hombres, 55 mujeres) con dependencia al alcohol, con una media de edad de 48.76 años, los participantes fueron entrevistados durante el día 16 al 18 de abstinencia, se utilizaron la Escala de Consumo de alcohol Obsesivo Compulsivo (OCDS) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), los resultados mostraron que existe correlación positiva y significativa entre el puntaje total de la escala de alexitimia y el puntaje total de la escala de consumo de alcohol obsesivo compulsivo ($r=.17$, $p<.05$).

Los resultados mostraron además que en las mujeres se reportó correlación positiva y significativa del puntaje total de la escala de alexitimia ($r=.30, p<.05$) con el puntaje total de la escala de consumo de alcohol obsesivo compulsivo; no se observaron correlaciones significativas entre estos puntajes en varones. De acuerdo con las diferencias por género en la subescala de pensamiento externamente orientado de la escala de alexitimia se encontró que los hombres tuvieron medias más altas ($\bar{X}=18.50$) que las mujeres ($\bar{X}=16.82$) estas diferencias fueron significativas ($t=2.27, p<.05$).

Thorberg et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre alexitimia y el consumo de alcohol, la muestra estuvo conformada por 355 personas adultas (244 hombres, 111 mujeres) con una media de edad de 38.67 años y con problemas de dependencia al alcohol que buscan tratamiento en un hospital de Australia, con una mediana de edad de 38.67 años. Se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Cuestionario de Expectativa de Consumo (DEQ), donde se muestra que 116 pacientes presentan alexitimia, 94 posible alexitimia y 145 no presenta rasgos de alexitimia.

Los resultados demostraron una correlación positiva y significativa de la subescala cambio afectivo de la escala de expectativas para el consumo de alcohol ($r=.32, p<.01$) y subescala de aserción ($r=.33, p<.01$) con el puntaje global de la alexitimia (escala TAS-20). De acuerdo con la prueba de Tukey post-hoc los pacientes con alexitimia ($\bar{X}=36.59, DE=7.96$) y posible alexitimia ($\bar{X}=35.41, DE=8.40$) tuvieron puntajes más altos en la subescala de cambio afectivo de la escala de expectativas para el consumo de alcohol, que aquellos que no presentan rasgos de alexitimia ($\bar{X}=30.86, DE=9.02, p<.001$).

Adicionalmente los pacientes con alexitimia ($\bar{X}=39.29$) presentaron medias más altas en la subescala de aserción de la escala de expectativas para el consumo de alcohol que aquellos con posible alexitimia ($\bar{X}=37.31, DE=5.13, p<.05$), y los que no presentaron alexitimia ($\bar{X}=35.43, DE=6.74, p<.001$). Los autores sugieren seguir

estudiando la alexitimia y la cantidad de consumo de alcohol en grupos de adolescentes y jóvenes.

Craparo, Ardino, Gori y Caretti (2014) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre disociación, trauma en la infancia y alexitimia en pacientes con dependencia al alcohol, el estudio fue llevado a cabo con un grupo control de personas saludables con un rango de edad de 19 a 66 años ($n= 117$, 60 hombres y 57 mujeres) y un grupo de pacientes con dependencia al alcohol de 20 a 66 años ($n= 117$, 60 hombres y 57 mujeres) de una clínica del sur de Italia.

Se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) para evaluar la alexitimia entre los dos grupos, los resultados demuestran que en el grupo con dependencia al alcohol, el puntaje total de la escala de alexitimia muestra asociación positiva y significativa con respecto al sexo de los pacientes ($\chi^2_{(1)}= 9.45, p=.002$), donde los hombres obtuvieron puntajes más bajos de ($\bar{X}= 54.75, DE=15.06$) que las mujeres ($\bar{X}= 63.37, DE=13.41$) en la escala de alexitimia. Adicionalmente se encontró diferencia significativa entre los puntajes más bajos obtenidos en hombres ($\bar{X}= 19.32, DE= 7.53$) que en mujeres ($\bar{X}= 25.64, DE= 7.55$) en la subescala dificultad para identificar los sentimientos de la escala de alexitimia ($\chi^2=17.26, p=.001$); mientras que en el grupo control de individuos saludables no se encontró diferencia significativa en los puntajes de alexitimia entre hombres y mujeres.

De acuerdo a la correlación entre alexitimia y edad, se encontró que en el grupo control de individuos saludables la edad se correlaciona positiva y significativamente con el puntaje total de la escala de alexitimia ($r=.33, p<.01$), y con las subescalas dificultad para identificar sentimientos ($r=.29, p<.01$), dificultad para describir los sentimientos ($r=.23, p<.05$) y pensamiento externamente orientado ($r=.28, p<.01$). No obstante, en el grupo de personas con dependencia al alcohol la edad presentó correlación negativa y significativa únicamente con la subescala pensamiento externamente orientado ($r=-.19, p<.05$).

Pombo, Félix, Ismail, Neves y Figueira (2014) realizaron un estudio de tipo comparativo y correlacional diseñado para evaluar la alexitimia de acuerdo con la tipología alcohólica de Lesch en una muestra compuesta por 274 pacientes mayores de 18 años dependientes del alcohol, los cuales fueron reclutados en la Unidad de Alcoholismo del servicio psiquiátrico del Hospital Universitario Santa María de Lisboa, Portugal. Los sujetos fueron evaluados con el Sistema de Clasificación de Alcoholismo y Escala Alexitímica de Toronto, los resultados demostraron que el 48.5% de los sujetos dependientes de alcohol fueron definidos con rasgos de alexitimia, además el nivel educativo de escolaridad baja está relacionado con la dependencia al consumo de alcohol en un 39.8% de los pacientes.

Además, se observaron diferencias significativas en cuanto a los cuatro tipos de consumidores de alcohol de acuerdo con la escala Lesch, para el tipo I el cual se refiere al consumo donde el síndrome de abstinencia es medio, historia familiar de alcoholismo positivo y efectos sociales mínimos se encontró que el 55.2% presentó alexitimia, 25.9% posible alexitimia y el 19.0% no presentó rasgos de alexitimia. El tipo II se refiere al consumidor que presenta ansiedad, intenciones suicidas (principalmente bajo los efectos del alcohol) y sin trastornos somáticos severos relacionados con el alcohol o abstinencia, los pacientes presentaron alexitimia en un 34.4%, 31.1% posible alexitimia y 34.4% no presentaron rasgos.

El tipo III es aquel consumidor de alcohol que presenta trastornos del sueño, periodicidad detectable del consumo de bebida, estado de ánimo deprimido, tendencias suicidas, comorbilidad, comportamiento agresivo incluso sin alcohol, y abstinencia somática leve, de acuerdo con estos pacientes, 50.6% presentaron alexitimia, 25.3% posible alexitimia y 24.1% no fueron casos de alexitimia. El consumidor tipo IV es el que presenta trastornos cerebrales o daño prenatal, convulsiones (no solo durante la abstinencia) y enuresis nocturna, de los cuales se detectaron 65.1% casos de alexitimia, 25.6% posible alexitimia y 9.3% no presentan rasgos. Estas diferencias de alexitimia de

acuerdo con los cuatro subtipos de consumidores de alcohol según la escala Lesch fueron significativas ($\chi^2=15.9, p<.05$).

Moral-de la Rubia (2009) realizó un estudio con el objetivo de estimar la relación entre alcoholismo, depresión y alexitimia, la muestra estuvo conformada por 381 estudiantes que solicitaban ingreso a una universidad de Nuevo León, México la media de edad fue de 17.65 años, el 76% eran del sexo femenino y 24% masculino, se utilizó la escala de McAndrew de alcoholismo y la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). De acuerdo a la escala para medir alcoholismo el 2.8% (11 de 381) de la muestra tuvo rasgos de alcoholismo, la media de los 84 hombres fue de 14.7 con $DE=5.2$, la media del puntaje de la escala de alcoholismo en las 275 mujeres fue de 11.89 ($DE=4.69$), estas diferencias por género fueron significativas ($t_{(357)} = 8.233 p=.001$) de 2.82 puntos.

Se encontró una correlación positiva y significativa de la alexitimia y el alcoholismo ($r= .230, p=.001$), si se consideran las tres subescalas de la escala de alexitimia(TAS-20), únicamente se encontró correlación positiva y significativa de la subescala dificultad para identificar emociones de la escala de alexitimia con el puntaje de la escala de alcoholismo ($r= .224, p= .001$) así mismo se documentó correlación positiva y significativa ($r=.211, p=.001$) de la subescala de dificultad para expresar emociones de la escala de alexitimia con el puntaje de la escala de alcoholismo finalmente no se encontró correlación de la subescala pensamiento externamente orientado de la escala de alexitimia con el puntaje de la escala de alcoholismo ($p>.05$).

A continuación, se presentan los estudios relacionados con las prevalencias del consumo de alcohol en adolescentes de secundaria.

Alonso-Castillo, Yáñez-Lozano y Armendáriz-García (2017) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la relación y el efecto de la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol de los adolescentes de secundaria. La muestra estuvo conformada por 362 adolescentes estudiantes de secundaria de entre 12 y 15 años de un municipio del estado de Nuevo León, México. Se empleó el Cuestionario de

Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) para evaluar el consumo de alcohol en los adolescentes. Los resultados obtenidos muestran que la edad promedio de los participantes fue de 13.6 años ($DE=0.9$) y el género femenino es el que predominó (55.8%). De acuerdo con la ocupación, el 8% de los participantes estudia y trabaja, adicionalmente la edad promedio de inicio del consumo fue de 11.9 años ($DE=1.7$).

Respecto al tipo de consumo de alcohol, el 61% de los estudiantes reportaron un consumo de alcohol sensato, el 22.6% informaron consumo dependiente, el 16.4% indicaron un consumo dañino y el 9.2 % de los estudiantes reportó un consumo excesivo ocasional de alcohol (binge drinking), donde se observó que el 6.2%, IC 95% [2-10] de los hombres presentaron proporciones más altas que las mujeres (3.0%, IC 95% [1-5]).

Adicionalmente se reporta entre los estudiantes que sólo estudian y los que estudian y trabajan diferencia significativa ($\chi^2=6.77, p=.034$), se presentan de acuerdo al tipo de consumo sensato en los que solo estudian 64.9% y en los que estudian y trabajan 35.3% y el consumo dependiente (21.6% y 29.4% respectivamente); finalmente se encontró que los estudiantes que estudian y trabajan reportan mayor consumo dañino (35.3%) en comparación con los que solo estudian (13.5%). Además, se identificó diferencia significativa respecto a la edad y los tipos de consumo ($\chi^2=31.11, p<.001$), mostrando que los estudiantes de 15 años (18.5%) fueron quienes reportaron proporciones más altas de consumo excesivo ocasional seguido de los que tienen 14 años con un 3.7%.

Chacón et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de definir el perfil de consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes, la muestra estuvo conformada por 526 estudiantes del primer ciclo de educación secundaria en Andalucía, España, el rango de edad de los estudiantes fue de 12 a 15 años, donde el 47.1% corresponde al género masculino y 52.9% al femenino. Los resultados demuestran que un 58.6% de los

estudiantes no eran consumidores de alcohol y el 11% refirió haber consumido alguna vez en la vida.

De acuerdo a las diferencias del consumo de alcohol por sexo, el 58.1% de los hombres y 59% de las mujeres no consumían alcohol, el 29.4% de los hombres y el 29.1% de las mujeres indicaron un consumo sensato, el 10.5% de los hombres y el 11.2% de las mujeres presentaron consumo de riesgo y el 2.0% de los hombres y el 0.7% de las mujeres presentaron consumo excesivo (consumo perjudicial), así se demuestra que de acuerdo a los resultados obtenidos, los adolescentes masculinos reportan mayor consumo excesivo en comparación con las mujeres. Adicionalmente los autores sugieren futuras investigaciones que ayuden a comprender los principales factores asociados al inicio del consumo de alcohol.

En síntesis, se observa que existe una relación positiva entre la alexitimia con el consumo de alcohol. Se identificó que la alexitimia se encuentra en mayor prevalencia en las personas que consumen alcohol a diferencia de las personas que no consumen. Adicionalmente la alexitimia se presenta mayormente en el sexo femenino y de acuerdo con las características de la alexitimia es la dificultad para expresar sentimientos y el pensamiento externamente orientado las características que prevalecen mayormente en los pacientes con alexitimia.

Además, de acuerdo con el consumo de alcohol en adolescentes, es en el sexo masculino donde se encuentra mayor prevalencia de ingesta de bebidas alcohólicas en comparación con las mujeres. De acuerdo con la ocupación, los adolescentes que estudian y trabajan indican mayor consumo en comparación con los adolescentes que sólo estudian, adicionalmente la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 11.9 años.

Definición de Términos

A continuación, se presentan las definiciones de las variables que se incluyen en el presente estudio.

Edad, son los años cumplidos que refiere el adolescente al momento de la entrevista, la cual se midió con la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol

Sexo, es la característica biológica que diferencia al hombre y la mujer y se expresó en términos de masculino y femenino, se midió con la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol.

Escolaridad, son los años de estudio que ha cursado el adolescente hasta el momento de la entrevista, además se consideró el año escolar que cursa durante la recolección de datos, se midió con la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol.

Alexitimia, se refiere al rasgo de la personalidad que se caracteriza por tres componentes: dificultad para expresar los sentimientos, pensamiento externamente orientado y dificultad para diferenciar los sentimientos, lo cual se evaluó por medio de la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan, Bagby, 1985), validada al español por Moral de la Rubia en 2009.

Consumo de alcohol, es la ingesta de bebidas alcohólicas y se evalúa en términos de frecuencia y cantidad de consumo. Para medir la frecuencia se considera la prevalencia del consumo de alcohol en un tiempo determinado.

Prevalencia del consumo de alcohol, es el número de estudiantes de secundaria que consumen alcohol en relación con la población, se registró en la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de consumo de Alcohol (CDPYPCA) se incluyó la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea. La Prevalencia global, es el consumo de alcohol alguna vez en la vida, la Prevalencia lápsica, es el consumo de alcohol en el último año o en los últimos 12 meses. La prevalencia actual se refiere al consumo de alcohol en los últimos 30 días y la instantánea se refiere al consumo en los últimos siete días.

Además, se evalúa el tipo de consumo y la presencia de algunas conductas relacionadas con el consumo de alcohol y se clasifica como consumo de bajo riesgo,

consumo de riesgo y consumo perjudicial los cuales se evaluaron a través del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] elaborado por Babor, De la Fuente, Saunders y Grant (1989) y validado al español para México por De la Fuente y Kershenovich (1992). Para fines de este estudio se consideraron los tipos de consumo que son tres:

Consumo de bajo riesgo es cuando los estudiantes tienen una ingesta de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en los varones y no más de dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en las mujeres y nunca más de seis bebidas alcohólicas; además de no mostrar síntomas derivados del consumo de alcohol.

Consumo de riesgo en los estudiantes varones cuando es la ingesta de cinco a nueve copas por ocasión y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, además de dejar de realizar sus actividades a causa del consumo o de que una vez iniciado el consumo de alcohol no puede detenerse.

Consumo perjudicial en los estudiantes ocurre cuando los hombres ingieren en un día típico diez o más copas y en las mujeres ingieren seis o más copas además de que sus familiares o personal de salud le haya manifestado su preocupación por su forma de beber alcohol, se haya lastimado él o alguien más a consecuencia de su consumo, tener remordimiento por su forma de beber u olvidar algo que hubiera ocurrido mientras estuvo ingiriendo alcohol.

Objetivos

- 1) Conocer el puntaje de alexitimia y de cada dimensión por sexo, edad y escolaridad
- 2) Identificar los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol por sexo, edad y escolaridad
- 3) Determinar el tipo consumo de alcohol por edad, sexo y escolaridad
- 4) Identificar la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol
- 5) Determinar la alexitimia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de información, las consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. Se consideró descriptivo ya que se analizó y se describieron las variables como ocurren de forma natural, sin manipulación de estas, así mismo se considera correlacional ya que el objetivo fue explorar la relación entre dos o más variables (Burns & Grove, 2012). Este estudio especifica y examina la relación entre las variables de alexitimia y consumo de alcohol en adolescentes que estudian la secundaria. Además, se identificaron las diferencias entre las variables antes señaladas con algunas características sociodemográficas.

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 813 adolescentes de ellos 377 son varones y 436 mujeres que se encontraban entre la edad de 12 a 15 años, los cuales estudian en tres secundarias públicas de Nuevo León, México. De acuerdo con el tipo de población en estudio, el diseño de muestreo que se implementó es el muestreo probabilístico aleatorio.

El tamaño de la muestra se calculó con el programan Query Advisor 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, & Fotheringham, 2000), para ello se consideró el 4to objetivo del estudio y por ello requirió del contraste de la hipótesis nula (H_0) de independencia en las variables ($\rho = 0$), con un nivel de significancia de .05 ($\alpha = .05$) para una hipótesis alternativa (H_1) bilateral con potencia del 90% (.90) con una correlación poblacional de .20 (tamaño de efecto entre pequeño y mediano, Cohen (1988), dando como resultado que se requiere de 259 observaciones, con una tasa de no respuesta del 5%, y un efecto de diseño de 1.15, con una muestra final de 314.

Instrumentos de Recolección de Datos

En este apartado se describen los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información. Se aplicó una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA) y dos instrumentos que son la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

La Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Alcohol (Apéndice A) estuvo conformada de tres apartados: el primero incluyó datos personales (edad, sexo, escolaridad) y el segundo estuvo conformado por tres preguntas acerca de la edad de inicio del consumo y la frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas. El tercer apartado incluyó las prevalencias (alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana) del consumo de alcohol.

Se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (Apéndice B) elaborada por Taylor, Ryan y Bagby en 1985 la cual se diseñó para estudiantes universitarios canadienses e inicialmente contaba con veintiséis ítems y cuatro dominios, los cuales en 1994 fueron revisados y quedó construida con 20 ítems y tres factores. El Alpha de Cronbach obtenido fue de 0.81 y fiabilidad test- retest en un periodo de tres semanas de 0.77. En México, ésta escala fue validada al español por Moral de la Rubia en 2008 en una población de estudiantes universitarios de México obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.82 y fiabilidad de 0.71.

La escala cuenta con veinte reactivos y tres factores los cuales son dificultad para identificar sentimientos lo cual se evalúa en las preguntas 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14; dificultad para expresar sentimientos se define por los reactivos 2, 4, 11, 12 y 17, por último el factor pensamiento externamente orientado se examina en las preguntas 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20. Las preguntas son tipo Likert con cinco puntos de rango desde 1: totalmente en desacuerdo a 5: totalmente de acuerdo; los reactivos 4, 5, 10, 18 y 19 están redactados en sentido negativo por lo cual para obtener la puntuación final de la escala se debe

realizar una sumatoria simple de los veinte reactivos invirtiendo de forma previa los que están redactados en términos negativos, con el propósito de darle a la escala el mismo sentido positivo. El puntaje mínimo es de 20 y el máximo de 100, los resultados son interpretados de acuerdo con los puntos de corte <51 ausencia de alexitimia, 52-60 posible alexitimia y >61 alexitimia y las subescalas se obtendrán primero de la escala total y después se ubican según el puntaje obtenido en alguna de las tres dimensiones de ausencia de alexitimia, posible alexitimia y alexitimia.

Para evaluar el tipo de consumo de alcohol de los adolescentes se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] el cual fue diseñado por Babor, De la Fuente, Saunders, Grant (1989) y adaptada a la población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) como instrumento para la evaluación del consumo de alcohol y detección temprana de personas con dependencia a esta sustancia. En la población adolescente, la especificidad del AUDIT en diversos países como Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos se sitúa en valores superiores de 0.80.

El cuestionario cuenta con 10 reactivos de los cuales cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4 además de tres dominios o tipos de consumo los cuales son consumo de bajo riesgo el cual se evalúa en las preguntas 1, 2, 3; el consumo de riesgo se examina en los reactivos 4, 5, 6 y el consumo perjudicial en los reactivos 7, 8, 9, 10.

Las opciones de respuesta de la pregunta uno es: 0) nunca, 1) una o menos veces al mes, 2) de dos a cuatro veces al mes, 3) de dos a tres veces a la semana y 4) cuatro o más veces a la semana. Las opciones de respuesta de la pregunta dos es: 0) uno o dos, 1) tres o cuatro, 2) cinco o seis, 3) siete a nueve y 4) diez o más. Las opciones de respuesta de las preguntas tres a la ocho son: 0) nunca, 1) menos de una vez al mes, 2) mensualmente, 3) semanalmente y 4) a diario o casi diario. Para las preguntas nueve y diez las opciones de respuesta son: 0) no, 2) sí, pero no en el último año y 4) sí, en el último año.

La escala oscila de 0 a 40 puntos, donde a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol, los puntos de corte para la clasificación del consumo son: si la puntuación es de 0-3 esto indica un consumo de bajo riesgo, la obtención de 4-7 puntos sugiere un consumo de riesgo y una puntuación de 8-40 considera que existe un consumo de alcohol perjudicial.

El AUDIT ha sido utilizado en México para medir el consumo de alcohol en adolescentes, en estudiantes universitarios, en personal de salud y en trabajadores de la industria maquiladora de Matamoros, Tamaulipas. Así como en población chilena. En estos estudios se ha reportado un Alpha de Cronbach de .77, .84, .89, .83 y .84 respectivamente (Armendáriz et al., 2012; Castillo-Carniglia et al., 2014; Hinojosa-García, Alonso- Castillo, Castillo- Muraira, 2012; Villegas et al., 2014).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para realizar la recolección de datos se solicitó la aprobación de los Comités de Ética para la Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Debido a la pandemia mundial COVID-19 la recolección de datos tuvo que ser llevada a cabo en línea, para lo cual se localizaron a los directores de las tres escuelas secundarias, los que dieron su aprobación para aplicar el estudio, además de facilitar un listado con los correos electrónicos de los estudiantes que contaban con él. El autor principal del estudio envió un correo electrónico a los participantes que contenía el asentimiento y consentimiento de los padres para que autorizaran la aplicación de los instrumentos, además de una liga de internet la cual redireccionaba a la plataforma Question Pro en la que se reiteraba el objetivo del estudio así como los derechos de los participantes además de que en caso de existir dudas podrían contactarse con el autor principal del estudio en cualquier momento para darles respuesta. En el Question Pro incluía el consentimiento informado para padres o tutores y si ellos autorizaban se podía iniciar a contestar los cuestionarios, de no autorizar la participación no se permitía continuar con los cuestionarios. La recolección de datos

inicio con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol, posteriormente seguía la Escala de Alexitimia de Toronto y el Cuestionario AUDIT, el promedio de tiempo de respuesta de los participantes fue de diez minutos y al finalizar el llenado de los cuestionarios la plataforma contenía un mensaje de agradecimiento y se reiteraba el anonimato y confidencialidad de los datos, se aseguró que se resguardará la información por un periodo de doce meses y posterior a esto se eliminarán los datos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, [SSA], 1987) además consideró la última versión reformada [DOF-02-04-2014].

Respecto al Título segundo que corresponde a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo 1, Art. 13 declara que en toda investigación donde el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto y protección a sus derechos y bienestar. Para lo cual el participante recibió un trato respetuoso y profesional, en todo momento se tuvo atención de que se respeten sus decisiones de participar o no en el estudio o de abandonar el estudio en el momento que él lo decidiera; además se cuidó que la aplicación de instrumentos se realizó en un contexto seguro, confortable y alejado de las autoridades, maestros y otras personas para que no se sintiera observado o incómodo ya que los estudiantes pudieron responder el cuestionario en el ambiente que ellos eligieron y donde se sentían cómodos y libres de observación de otras personas.

Para el cumplimiento del Artículo 14, Fracción I, V, VII, VIII, se contó con la aprobación del Comité de Ética para la investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Así mismo se obtuvo la autorización de los directores de tres secundarias, de los padres o tutores y el asentimiento del estudiante. El Artículo 16 establece que en las investigaciones en seres humanos se deberá proteger la privacidad del sujeto de investigación identificándolo

sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, para ello se otorgó un consentimiento y asentimiento informado donde se le aseguró al estudiante y los padres o tutores que la información es anónima y confidencial además que en ningún momento serían requeridos datos personales que identifiquen al participante.

De acuerdo con el Artículo 17, Fracción I, se considera que éste estudio es sin riesgo ya que no se involucra alguna intervención que implique la manipulación de variables fisiológicas, psicológicas y sociales que puedan afectar la integridad del participante, además se sugirió al participante que para contestar los cuestionarios buscaran un espacio cómodo para responder los cuestionarios, se estuvo pendiente de la presencia de alguna molestia emocional, resultado de la aplicación de cuestionarios; por ello se previó preguntar al participante si desea descansar o dejar de contestar y reprogramarlo en otra fecha o cancelarlo en forma definitiva. Esto lo enviarían al correo electrónico o a WhatsApp de la autora principal del estudio, lo cual no se presentó.

Conforme al Artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la libre elección y sin coacción alguna.

Para el cumplimiento del Artículo 21, Fracción I, VI, VII, VIII, se aseguró la clara explicación de la investigación al estudiante y padres de familia o tutores además tuvieron la oportunidad de expresar cualquier duda en cualquier momento de la investigación, la cual sería atendida. Se explicó que los datos son confidenciales por lo que el sujeto no sería identificado por su nombre y por ningún código, además de recibir la garantía de poder abandonar el estudio de investigación en cualquier momento que el participante lo decidiera.

De acuerdo con el Artículo 22, Fracción I, II, III, IV, el consentimiento informado fue autorizado por el Comité de Ética para la Investigación de la Facultad de

Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Respecto al Capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces, el Artículo 36 establece que para la realización de investigaciones en estas personas deberá obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor, por lo cual fue entregado un consentimiento informado a los padres y asentimiento informado a los menores de edad.

En relación con el Capítulo V, de la investigación en grupos subordinados, el Artículo 57, señala como grupo subordinado a los estudiantes ya que es un grupo en los que el consentimiento informado puede ser influenciado por alguna autoridad, por ello se aseguró al sujeto que no existiría ningún tipo de repercusión por parte de la institución, en caso de que no deseara participar o abandonara el estudio. Para el cumplimiento del Artículo 58, Fracción I, II, desde el primer contacto con el estudiante, se explicó que sus datos serían confidenciales y anónimos, además de resaltar su derecho de aceptar o rechazar participar, así como su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento sin ninguna repercusión en su situación escolar.

Análisis de Datos

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés) versión 21 para Windows. En primer lugar, se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. Posteriormente se llevó a cabo el análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas, mediante las frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. A través de la prueba Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors se determinó que los datos no presentaban distribución normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados.

Tabla 1

Tabla de análisis de datos

Objetivo	Prueba estadística
1.- Conocer el puntaje de alexitimia y de cada dimensión por sexo, edad y escolaridad	Chi-Cuadrada de Pearson
2.- Identificar los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol por sexo, edad y escolaridad	Chi-Cuadrada de Pearson
3.- Determinar el tipo de consumo de alcohol por edad, sexo y escolaridad	U de Mann-Whitney y H de Kruskal- Wallis
4.- Identificar la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol	Coefficiente de Correlación de Spearman
5.- Determinar la alexitimia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol	U de Mann-Whitney, Chi-Cuadrada de Pearson

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio que se realizó en estudiantes de secundaria de Nuevo León, México. Se describe la Consistencia Interna de los instrumentos, posteriormente se incluye la estadística descriptiva de las variables socio demográficas, de la Escala de Alexitimia de Toronto y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por uso del Alcohol (AUDIT), posteriormente se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y finalmente la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los instrumentos

Tabla 2

Consistencia interna de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrumento	Cantidad de reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	1 al 20	.82
Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	1 al 10	.86

Nota: $n = 314$

En la tabla 2 se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan, Bagby, 1985) validada al español por Moral de la Rubia (2008) reportó un Coeficiente Alpha de Cronbach de .82. El Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (Babor, De la Fuente, Saunders, & Grant, 1989) validada al español por De la Fuente y Kershenobich (1992) reportó un Alpha de Cronbach de .86, por ello la consistencia interna de ambos instrumentos son aceptables.

Estadística Descriptiva

Tabla 3

Características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad y grado escolar)

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	151	48.1
Mujer	163	51.9
Edad		
12 años	42	13.4
13 años	63	20.1
14 años	98	31.2
15 años	111	35.3
Grado escolar cursando de educación secundaria		
Primer grado	93	29.6
Segundo grado	96	30.6
Tercer grado	125	39.8

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 314

En la tabla 3 se presentan los datos sociodemográficos de los participantes, se muestra que el 51.9% de los participantes fueron del sexo femenino. La edad de mayor proporción fue de 15 años (35.3%) y el grado escolar con mayor proporción fue para el tercer grado (39.8%) de secundaria.

Tabla 4

Características de consumo de alcohol de los participantes que consumen alcohol en el último año.

Variables	<i>f</i>	%
Edad de inicio de consumo		
11 años	6	4.0
12 años	26	17.2
13 años	54	35.8
14 años	55	36.4
15 años	10	6.6
Personas con las que consume		
Amigos	92	60.9
Familia	59	39.1
Lugares donde Consume		
Casa de amigos	25	16.5
Fiestas	43	28.4
Casa	42	28.0
Parques o lugares públicos	23	15.2
Casa de familiares	17	11.2
Billar	1	0.7
Bebidas de preferencia		
Cerveza	83	55.0
Vino	16	10.5
Brandy	9	6.0
Whiskey	13	8.6
Ron	2	1.3
Tequila	14	9.3
Otras bebidas	14	9.3

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*=151 (adolescentes que consumieron en el último año)

En la tabla 4 se muestra que el 36.4% de los participantes iniciaron el consumo de alcohol a los 14 años, además realizan la conducta en compañía de sus amigos (60.9%). De acuerdo con lugar donde consumen, el 28.4% lo hace en fiestas, seguido de casa (28%) y es la cerveza el tipo de bebida de su preferencia (55%) seguido del vino (10.5%) y tequila (9.3%)

Tabla 5

Frecuencias y proporciones de la Escala de Alexitimia de Toronto: Subescala Dificultad para identificar sentimientos

Variables	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	(f) %	(f) %	(f) %	(f) %	(f) %
1.- A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo	(212) 67.5	(30) 9.6	(24) 7.6	(27) 8.6	(21) 6.7
3.- Tengo sensaciones físicas que ni los doctores entienden	(247) 78.7	(25) 8.0	(23) 7.3	(13) 4.1	(6) 1.9
6.- Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado	(170) 54.1	(52) 16.3	(28) 8.4	(32) 10.6	(32) 10.6
7.- A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo	(207) 65.9	(42) 13.4	(37) 11.8	(16) 5.1	(12) 3.8
9.- Tengo sentimientos que no puedo identificar	(195) 62.1	(43) 13.7	(27) 8.6	(32) 10.2	(17) 5.4
13.- No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí	(205) 65.3	(42) 13.4	(28) 8.9	(19) 6.1	(20) 6.3
14.- A menudo no sé por qué estoy enojado	(185) 58.9	(60) 19.1	(27) 8.6	(21) 6.7	(21) 6.7

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 314

En la tabla 5 se identifican las frecuencias y proporciones de la subescala Dificultad para Identificar Sentimientos de la Escala de Alexitimia de Toronto, donde se observa que el 78.7% refiere estar totalmente en desacuerdo sobre tener sensaciones físicas que ni los doctores entienden, 67.5% de los adolescentes refiere estar totalmente en desacuerdo en sentirse confundidos sobre cuál es la emoción que están sintiendo el 65.9% informa estar totalmente en desacuerdo en que a menudo se sienten confundidos con las sensaciones que nota en su cuerpo, respecto al ítem no sé lo que esta pasando en mi interior, dentro de mi, el 65.3% manifiesta estar totalmente en desacuerdo e igualmente en el ítem tengo sentimientos que no puedo identificar (62.1%), el 58.9%

está en desacuerdo en que a menudo no sabe por qué está enojado, finalmente el 54.1% informa estar totalmente en desacuerdo en el ítem cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enojado.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones de la Escala de Alexitimia de Toronto: Subescala Dificultad para expresar sentimientos

Variables	Totamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totamente de acuerdo
	(f) %	(f) %	(f) %	(f) %	(f) %
2.- Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos	(211) 67.2	(39) 12.4	(18) 5.7	(26) 8.3	(20) 6.4
4.- Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad	(173) 55.1	(59) 18.8	(26) 8.3	(21) 6.7	(35) 11.1
11.- Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente	(179) 57.0	(50) 15.9	(32) 10.2	(35) 11.2	(18) 5.7
12.- La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos	(178) 56.7	(52) 16.6	(39) 12.4	(21) 6.7	(24) 7.6
17.- Me es difícil demostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos	(140) 44.6	(50) 15.9	(57) 18.2	(35) 11.1	(32) 10.2

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 314.

En la tabla 6 de la subescala dificultad para expresar sentimientos se observa que 67.2% de los participantes refiere estar totalmente en desacuerdo con que le es difícil encontrar las palabras exactas para describir sus sentimientos, el 57.0% con que le es difícil describir o explicar lo que siente sobre la gente, así mismo el 56.7% refiere estar totalmente en desacuerdo con que la gente le pide que explique con más detalle sus sentimientos y el 55.1% con que es capaz de describir sus sentimientos con facilidad, finalmente el 44.6% está totalmente en desacuerdo con que le es difícil demostrar sus más profundos sentimientos, incluso a sus amigos íntimos.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones de la escala de Alexitimia de Toronto: Subescala pensamiento externamente orientado.

Variables	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	(f) %	(f) %	(f) %	(f) %	(f) %
5.- Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos	(170) 54.1	(65) 20.7	(36) 11.5	(16) 5.1	(27) 8.6
8.- Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así	(150) 47.8	(53) 16.9	(42) 13.3	(28) 8.9	(41) 13.1
10.- Es importante estar en contacto con la gente y con amigos y compañeros y sentir emociones o sentimientos	(138) 43.9	(76) 24.2	(37) 11.8	(16) 5.1	(47) 15.0
15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos	(98) 31.2	(45) 14.3	(70) 22.3	(45) 14.4	(56) 17.8
16.- Prefiero ver en la televisión programas simples de entretenimiento en vez de complicados dramas psicológicos	(75) 23.9	(59) 18.8	(93) 29.6	(35) 11.1	(52) 16.6
18.- Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio	(94) 29.9	(84) 26.8	(55) 17.5	(29) 9.2	(52) 16.6
19.- Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	(113) 36.0	(69) 22.0	(60) 19.1	(22) 7.0	(50) 15.9
20.- Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse	(69) 21.9	(34) 10.8	(95) 30.3	(58) 18.5	(58) 18.5

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 314.

La tabla 7 de la subescala pensamiento externamente orientado muestra que el 54.1% de los participantes refiere estar totalmente en desacuerdo con que prefiere analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos, el 47.8% con que prefiere

dejar que pasen las cosas en vez de analizar por qué han sucedido así; 43.9% de los participantes esta en desacuerdo con que es importante estar en contacto con la gente, amigos, compañeros y sentir emociones o sentimientos, así mismo el 36.0% con que le resulta útil examinar sus sentimientos para resolver problemas personales, con respecto al ítem si prefieren hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos el 31.2% informó estar totalmente en desacuerdo, 30.3% manifiesta no estar de acuerdo ni en desacuerdo acerca de si buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse; igualmente el 29.9% refiere no sentirse cercano a alguien, comprender sus sentimientos; finalmente el 29.6% de los participantes manifiestan no estar de acuerdo ni en desacuerdo acerca de si prefieren ver en la televisión programas simples de entretenimiento en vez de complicados dramas psicológicos.

Tabla 8

Frecuencias y proporciones de las dimensiones de Alexitimia

Alexitimia	<i>f</i>	%
Ausencia de alexitimia	246	78.3
Posible alexitimia	39	12.5
Alexitimia	29	9.2

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 314

En la tabla 8 se muestra que el 78.3% de los adolescentes no refiere alexitimia, el 12.5% posible alexitimia y el 9.2% muestra alexitimia.

Tabla 9

Frecuencias y proporciones de consumo de bajo riesgo de alcohol en base al Cuestionario AUDIT

AUDIT	Nunca	1 o Menos veces al mes	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
1. ¿Qué tan frecuente consume alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila vodka, vino)	(0) 0	(118) 78.2	(29) 19.2	(4) 2.6	(0) 0
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 y 9	10 o más
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
2. ¿Cuántas bebidas ha tomado en un día típico de los que bebe?	(50) 33.1	(75) 49.7	(20) 13.2	(3) 2.0	(3) 2.0
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	Diario o casi diario
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
3. ¿Qué tan frecuente toma seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebe?	(88) 58.3	(49) 32.5	(11) 7.2	(3) 2.0	(0) 0

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol, *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=151(adolescentes que consumieron en el último año)

En la tabla 9 se identifica el tipo de bajo riesgo de acuerdo al cuestionario AUDIT, donde se observa que el 78.2% de los estudiantes consumen alcohol una o menos veces al mes, seguido por los que consumen de 2 o 4 veces al mes (19.2%); de acuerdo a la cantidad de copas que ingieren, el 49.7% de los estudiantes consumen 3 o 4 en un día típico y el 33.1% ingieren 1 o 2; el 58.3% refiere que nunca consume seis o más bebidas alcohólicas en un día típico y el 32.5% lo hace menos de una vez al mes.

Tabla 10

Frecuencias y proporciones de consumo de riesgo de alcohol en base al cuestionario AUDIT

AUDIT	Nunca	1 o Menos veces al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi diario
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudiera parar de beber un vez que había comenzado?	(123) 81.5	(24) 15.9	(3) 2.0	(1) 0.6	(0) 0
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debiera a causa de estar bebiendo?	(124) 82.1	(25) 16.6	(2) 1.3	(0) 0	(0) 0
AUDIT	Nunca	1 o Menos veces al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi diario
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebió la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior?	(121) 80.1	(26) 17.2	(4) 2.7	(0) 0	(0) 0

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol, *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=151(adolescentes que consumieron en el último año)

La tabla 10 muestra las frecuencias y proporciones del tipo de consumo de riesgo en base al cuestionario AUDIT, el 81.5% de los participantes refiere que nunca le ocurrió que no pudiera para de beber una vez que había comenzado, mientras que el 15.9% refirió que le ha ocurrido una o menos veces al mes. Respecto a si durante el último año qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debiera a causa del consumo, el 82.1% informó que nunca le ha ocurrido y al 16.6% le ha ocurrido una o menos veces al mes; el 80.1% refirió que nunca bebió la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior.

Tabla 11

Frecuencias y proporciones de consumo perjudicial en base al cuestionario AUDIT

AUDIT	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semana	A diario o casi diario
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?	(117) 77.5	(32) 21.2	(2) 1.3	(0) 0	(0) 0
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?	(123) 81.5	(26) 17.1	(1) 0.7	(0) 0	(1) 0.7
AUDIT	No	Si, pero no en el curso del último año	Si, en el último año		
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %		
9. Se ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)	(136) 90.1	(12) 7.9	(3) 2.0		
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebe o le han sugerido que disminuya su forma de beber?	(140) 92.7	(7) 4.7	(4) 2.6		

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol, *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 151 (adolescentes que consumieron en el último año)

En la tabla 11 se muestran las frecuencias y proporciones del consumo perjudicial en base al cuestionario AUDIT de los estudiantes de secundaria, donde se observa que el 77.5% indicó que nunca se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido, seguido de menos de una vez al mes con el 21.2%, además el 81.5% señaló que nunca olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo, mientras que al 17.1% le ha ocurrido menos de una vez al mes. Así mismo el 90.1% de los estudiantes informó que no se ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia

de su consumo de alcohol, finalmente el 92.7% reportó que nunca ha ocurrido que algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebe o le han sugerido que disminuya su forma de beber.

Tabla 12

Tipos de consumo de alcohol de los adolescentes

Tipos de consumo de alcohol	<i>f</i>	%
Consumo de bajo riesgo	90	59.6
Consumo de riesgo	38	25.2
Consumo perjudicial	23	15.2

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 151(adolescentes que consumieron en el último año)

En la tabla 12 se muestra que, de acuerdo con los tipos de consumo, los adolescentes refieren un consumo de bajo riesgo (59.6%), seguido de un consumo de riesgo (25.2%) y perjudicial (15.2%).

Estadística Inferencial

Tabla 13

Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Val.	Val.	D ^a	p
				Min.	Max.		
Edad ^a	13.8	14.0	1.0	12	15	.212	.001
Escolaridad ^a	7.5	7.0	0.9	6	7	.227	.001
Cantidad de copas consumidas en un día típico ^b	5.0	5.0	2.6	1	13	.109	.001
Edad de inicio de consumo ^b	13.2	13.0	0.9	11	15	.217	.001
Índice de la Escala de Alexitimia ^a	27.6	24.3	15.2	2.5	75.0	.113	.001
Índice de dificultad para identificar sentimientos ^a	19.0	10.7	22.7	.0	100	.207	.001
Índice dificultad para expresar sentimientos ^a	24.2	20.0	23.0	0	100	.172	.001
Índice pensamiento externamente orientado ^a	37.2	37.5	13.6	6.2	68.7	.073	.001
Índice del AUDIT ^b	10.4	7.5	10.0	2.5	55.0	.222	.001
Índice de Consumo de bajo riesgo ^b	22.2	16.6	14.0	8.3	83.3	.259	.001
Índice del Consumo de riesgo ^b	5.2	.0	9.5	.0	41.6	.405	.001
Índice del Consumo perjudicial ^b	5.5	.0	11.4	.0	56.2	.394	.001

Nota: \bar{X} = Media, Mdn= Mediana, DE = Desviación Estándar, D^a = Prueba de Normalidad, p = significancia, n^a= 314, n^b= 151(adolescentes que consumieron en el último año).

La tabla 13 reportan los datos inferenciales de las variables continuas y numéricas de la misma manera se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Se muestra que la media de edad de

los adolescentes fue de 13.2 años de edad ($DE=1.0$), respecto a la escolaridad de los adolescentes, contaban con una media de 7.5 años ($DE= 0.9$), de acuerdo con la edad de inicio del consumo de alcohol los participantes mostraron una media de 13.2 años ($DE=0.9$), así mismo reportan una media de consumo de $\bar{X}= 5.0$ de copas o bebidas estándar de alcohol ingeridas en un día típico ($DE= 2.6$).

La escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) obtuvo una media de 27.6 ($DE=15.2$) mientras que las subescalas obtuvieron medias de 19.0 ($DE= 22.7$) en dificultad para identificar sentimientos, dificultad para expresar los sentimientos $\bar{X}= 24.2$ ($DE= 23.0$), así mismo, la media de Pensamiento externamente orientado fue de 37.2 ($DE= 13.6$).

Para el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) obtuvo una media de 10.4 ($DE= 10$), el consumo de bajo riesgo reportó una media de 22.2 ($DE=14$), el consumo de riesgo una media de 5.2 ($DE=9.5$) y para el consumo perjudicial presentó una media de 5.5 ($DE= 11.4$).

De acuerdo con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, los datos no presentan distribución normal, por lo que se utilizará estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados.

Para dar respuesta al objetivo 1 que determina conocer el puntaje de alexitimia y de cada dimensión por sexo, edad y escolaridad, se presentan las tablas 14 a la 16.

Tabla 14

Chi –Cuadrada de Pearson para las dimensiones de Alexitimia por sexo

<i>Dimensiones</i>	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Ausencia de Alexitimia	124	76.1	122	80.8		
Posible Alexitimia	19	11.6	20	13.2	3.76	.15
Alexitimia	20	12.3	9	6.0		

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi- Cuadrada, *p*= Valor de *p*, n= 314

La tabla 14 muestra que no existe diferencia significativa entre las dimensiones de alexitimia y el sexo de los participantes ($\chi^2=3.76$, *p*= .15), lo anterior por la homogeneidad de los datos.

Tabla 15

Chi –Cuadrada de Pearson para las dimensiones de Alexitimia por edad

<i>Dimensiones</i>	Edad								χ^2	<i>p</i>
	12		13		14		15			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Ausencia de Alexitimia	34	81.0	45	71.4	74	75.5	93	83.8		
Posible Alexitimia	6	14.2	11	17.5	9	9.2	13	11.7	10.96	.08
Alexitimia	2	4.8	7	11.1	15	15.3	5	4.5		

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi-Cuadrada, *p*= Valor de *p*, n= 314

En la tabla 15 se muestra que no existe diferencia significativa entre las dimensiones de alexitimia con la edad de los estudiantes de secundaria ($\chi^2= 10.96$, *p*= .08), probablemente por la similitud de los datos.

Tabla 16
Chi-Cuadrada de Pearson para las dimensiones de Alexitimia por escolaridad

<i>Dimensiones</i>	Escolaridad						χ^2	<i>p</i>
	1 año		2 año		3 año			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Ausencia de Alexitimia	75	80.6	78	81.3	93	74.4	8.80	.06
Posible Alexitimia	15	16.2	7	7.3	17	13.6		
Alexitimia	3	3.2	11	11.4	15	12.0		

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi-Cuadrada, *p*= Valor de *p*, n= 314

En la tabla 16 se muestra que no existe diferencia significativa entre la alexitimia por escolaridad ($\chi^2=8.80$, *p*= .06). Sin embargo, se observa tendencia a la significancia donde se observa que los adolescentes de segundo año muestran mayor ausencia de alexitimia (81.3%), mientras que la posible alexitimia fue más alta en los de primer año (16.2%), finalmente los estudiantes de tercer año muestran mayor proporción de alexitimia (12.0%). Con los datos anteriores se responde el objetivo uno.

Para dar respuesta al objetivo 2 que determina identificar los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol por sexo, edad y escolaridad se utilizó estadística no paramétrica, se aplicó Chi-Cuadrada de Pearson χ^2 y los resultados se muestran en las tablas 17 a la 19.

Tabla 17

Chi –Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por sexo

Prevalencia de Consumo	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	f	%	f	%		
Global						
Si	82	50.3	69	45.7	.66	.41
No	81	49.7	82	54.3		
Lápsica						
Si	82	50.3	69	45.7	.66	.41
No	81	49.7	82	54.3		
Actual						
Si	37	22.7	23	15.2	2.82	.09
No	126	77.3	128	84.8		
Instantánea						
Si	17	9.8	15	10.2	.36	.54
No	148	90.2	134	89.8		

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, χ^2 prueba de Chi Cuadrada, p = Valor de p, n =314

La tabla 17 muestra que no existe diferencia significativa entre el sexo y las cuatro prevalencias de consumo de alcohol, probablemente por la homogeneidad de los datos.

Tabla 18

Chi-Cuadrada de Pearson para prevalencia de consumo de alcohol por edad

Prevalencia de Consumo	Edad								χ^2	p
	12		13		14		15			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Global										
Si	6	14.3	15	23.8	46	46.9	84	75.7	67.99	.001
No	36	85.7	48	76.2	52	53.1	27	24.3		
Lápsica										
Si	6	14.3	15	23.8	46	46.9	84	75.7	67.99	.001
No	36	85.7	48	76.2	52	53.1	27	24.3		

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi-Cuadrada, p= Valor de p, n= 314

Tabla 18

Chi-Cuadrada de Pearson para prevalencia de consumo de alcohol por edad (continuación)

Prevalencia de Consumo	Edad								χ^2	p
	12		13		14		15			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Actual										
Si	4	9.5	0	0	19	19.4	37	33.3	31.91	.001
No	38	90.5	63	100	79	80.6	74	66.7		
Instantánea										
Si	2	4.8	0	0	9	9.2	21	18.9	17.84	.001
No	40	95.2	63	100	89	90.8	90	81.1		

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi- cuadrada, p= Valor de p, n=314

En la tabla 18 se observa que respecto a las edades de los estudiantes con la prevalencia de consumo global y lápsica se encuentra diferencia significativa ($\chi^2 = 67.99$, $p < .001$), donde se reporta mayor prevalencia global y lápsica en adolescentes de 15 años (75.5%), seguido de los de 14 (46.9%). Respecto a las prevalencias actual e instantánea se encuentra significancia con la edad ($\chi^2 = 31.91$, $p < .001$ y $\chi^2 = 17.84$, $p < .001$ respectivamente), además en los adolescentes de 15 años es donde se muestra mayor proporción del consumo (33.3% y 18.9%).

Tabla 19

Chi-Cuadrada de Pearson para las prevalencias de consumo de alcohol por escolaridad

Prevalencia de Consumo	Escolaridad						χ^2	p
	1 año		2 año		3 año			
	f	%	f	%	f	%		
Global								
Si	17	18.3	43	44.8	91	72.8	64.09	.001
No	76	81.7	53	55.2	34	27.2		
Lápsica								
Si	17	18.3	43	44.8	91	72.8	64.09	.001
No	76	81.7	53	55.2	34	27.2		
Actual								
Si	5	5.4	14	14.6	41	32.8	27.77	.001
No	88	94.6	82	85.4	84	67.2		
Instantánea								
Si	3	3.2	6	6.3	23	18.4	15.76	.001
No	90	96.8	90	93.7	102	81.6		

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi-Cuadrada, p= Valor de p, n= 314

La tabla 19 muestra que, de acuerdo con las prevalencias de consumo de alcohol por escolaridad, se presentaron diferencias significativas en la prevalencia global y lápsica ($\chi^2= 6.09, p< .001$), donde los adolescentes de tercer año de secundaria presentaron mayor porcentaje de prevalencia de consumo (72.8%) en comparación con los de primero (18.3%) y segundo (44.8%). Así mismo se observaron diferencias significativas de la prevalencia actual ($\chi^2= 27.77, p< .001$) donde los estudiantes de tercero de secundaria reportaron mayor prevalencia de consumo (32.8%). Finalmente, en la prevalencia instantánea se observó diferencia significativa ($\chi^2=15.76, p< .001$) en el cual los estudiantes de tercero de secundaria informaron una más alta prevalencia de consumo en los últimos siete días de 18.4%. Con esta información se da respuesta al objetivo 2.

Para dar respuesta al objetivo 3 que establece determinar el tipo consumo de alcohol por edad, sexo y escolaridad se muestran las tablas 20- 22.

Tabla 20

U de Mann-Whitney para tipos de consumo de alcohol por sexo

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Índice de AUDIT					
Sexo					
Femenino	82	10.2	7.5	2699.000	.62
Masculino	69	10.8	7.5		
Consumo de bajo riesgo					
Sexo					
Femenino	82	21.9	16.6	2815.500	.95
Masculino	69	22.7	16.6		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p*=Significancia, *n*= 151 (adolescentes que consumieron en el último año)

Tabla 20

U de Mann-Whitney para tipos de consumo de alcohol por sexo (continuación).

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Consumo de riesgo					
Sexo					
Femenino	82	5.0	9.2	2807.500	.92
Masculino	69	5.5	.00		
Consumo perjudicial					
Sexo					
Femenino	82	5.2	.00	2715.000	.59
Masculino	69	5.8	.00		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p*=Significancia, *n*= 151 (adolescentes que consumieron en el último año)

La tabla 20 muestra que no hay diferencias significativas entre el tipo de consumo de alcohol por sexo ($p > .05$), en virtud de lo homogéneo de los datos.

Tabla 21

H de Kruskal-Wallis para tipos de consumo de alcohol por edad

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Índice de AUDIT					
Edad					
12 años	6	14.5	13.7		
13 años	15	7.1	5.0	6.59	.08
14 años	46	9.5	5.0		
15 años	84	11.3	7.5		
Consumo de bajo riesgo					
Edad					
12 años	6	27.7	16.6		
13 años	15	16.6	16.6	7.57	.05
14 años	46	20.8	16.6		
15 años	84	23.7	16.6		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *H*=Estadístico *H* de Kruskal-Wallis, *p*=Significancia, *n*= 151 (adolescentes que consumieron en el último año).

Tabla 21

H de Kruskal-Wallis para tipos de consumo de alcohol por edad (continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Consumo de riesgo					
Edad					
12 años	6	6.9	4.1	3.47	.32
13 años	15	1.6	.0		
14 años	46	5	.0		
15 años	84	5.9	.0		
Consumo perjudicial					
Edad					
12 años	6	10.4	12.5	5.52	.13
13 años	15	1.6	4.1		
14 años	46	5	4.3		
15 años	84	5.9	6.1		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *H*=Estadístico *H de Kruskal-Wallis*, *p*=Significancia, *n*= 151 (adolescentes que consumieron en el último año)

La tabla 21 muestra que no existe diferencia significativa entre los tipos de consumo de alcohol por edad. No obstante, se observa significancia de edad con el consumo de bajo riesgo, se reporta a los 12 años una media de 27.7 y a los 15 años una media de AUDIT de 23.7.

Tabla 22
H de Kruskal-Wallis para Tipos de Consumo con escolaridad

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
AUDIT					
Escolaridad					
1 año	17	10.0	5.0	4.89	.08
2 año	43	8.6	5.0		
3 año	91	11.4	7.5		
Consumo de bajo riesgo					
Escolaridad					
1 año	17	21.0	16.6	3.15	.20
2 año	43	20.7	16.6		
3 año	91	23.3	16.6		
Consumo de riesgo					
Escolaridad					
1 año	17	3.4	.00	2.10	.34
2 año	43	3.4	.00		
3 año	91	6.5	.00		
Consumo Perjudicial					
Escolaridad					
1 año	17	6.6	.00	7.601	.02
2 año	43	3.3	.00		
3 año	91	6.3	.00		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *H* de Kruskal-Wallis, *p*=Significancia, *n*= 151 (adolescentes que consumieron en el último año)

La tabla 22 muestra que existe diferencia significativa entre la escolaridad y el tipo de consumo perjudicial ($H= 7.601$, $p= .02$) además se observa que el primer año muestra una media más alta ($\bar{X}=6.6$) en comparación con los de segundo ($\bar{X}=3.3$) y tercero ($\bar{X}=6.3$). Además, no se observó significancia en la escolaridad y consumo de

alcohol según el AUDIT, así como con el consumo de bajo riesgo y de riesgo. Con los resultados anteriores se da respuesta al objetivo 3.

Para dar respuesta al objetivo 4 que indica identificar la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol, los resultados se presentan en la tabla 23.

Tabla 23

Coefficiente de Correlación de Spearman de Alexitimia con el consumo de alcohol

Variable	Índice de la Escala de Alexitimia		Índice de dificultad para identificar sentimientos		Índice de dificultad para expresar sentimientos		Índice de pensamiento externamente orientado	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
AUDIT	.278**	.001	.280**	.001	.284**	.001	.125	.12
Consumo de bajo riesgo	.144	.07	.160*	.04	.140	.08	.058	.47
Consumo de riesgo	.208*	.01	.178*	.02	.245**	.002	.070	.39
Consumo Perjudicial	.416**	.001	.407**	.001	.393**	.001	.223**	.006

Nota: r_s = Estadístico de Prueba, p = Significancia, * p < .05, ** p <.001, n^b = 151 (adolescentes que consumieron en el último año)

La tabla 23 muestra que de acuerdo con el objetivo 4 se observa que la escala de Alexitimia de Toronto y el AUDIT muestran correlación positiva y significativa (r_s = .278, p < .001), así como las subescalas dificultad para identificar sentimientos (r_s = .280, p < .001) y dificultad para expresar sentimientos (r_s = .284, p < .001) mostraron correlación positiva y significativa con el AUDIT.

De acuerdo con las subescalas de Alexitimia se observó que la subescala de dificultad para identificar los sentimientos reportó correlación positiva y significativa con el consumo de bajo riesgo (r_s = .160, p = .04). Respecto a la escala de alexitimia se observa Coeficiente de Correlación de Spearman positivo y significativo con el consumo

de riesgo ($r_s = .208, p < .01$) y con las subescalas dificultad para identificar los sentimientos ($r_s = .178, p = .02$) y dificultad para expresar los sentimientos ($r_s = .245, p = .002$). Finalmente, la escala de Alexitimia ($r_s = .416, p < .001$) reportó un Coeficiente de Correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol perjudicial y con las subescalas dificultad para identificar los sentimientos ($r_s = .407, p < .001$), dificultad para expresar los sentimientos ($r_s = .393, p < .001$) y pensamiento externamente orientado ($r_s = .223, p = .006$). De acuerdo con la información anterior, se responde al objetivo 4.

Para dar respuesta al objetivo 5 que indica determinar la alexitimia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol se muestran las tablas 24 a la 28.

Tabla 24

Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de Alexitimia con las prevalencias de consumo de alcohol global, lápsica, actual e instantánea.

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
Si	151	28.1	25.0	11865.500	.58
No	163	27.1	22.5		
Lápsica					
Si	151	28.1	25.0	11865.500	.58
No	163	27.1	22.5		
Actual					
Si	60	29.8	26.8	6993.000	.32
No	254	27.1	23.7		
Instantánea					
Si	32	31.7	29.3	3902.500	.21
No	282	27.1	23.7		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p* = valor de *p*, *n* = 151.

La tabla 24 muestra que no existe diferencia significativa entre el índice de la escala de Alexitimia con las cuatro prevalencias de consumo de alcohol.

Tabla 25

Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de Dificultad para identificar sentimientos con las prevalencias de consumo de alcohol global, actual e instantánea.

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
Si	151	19.5	10.7	12063.500	.76
No	163	18.6	7.1		
Lápsica					
Si	151	19.5	10.7	12063.500	.76
No	163	18.6	7.1		
Actual					
Si	60	23.4	14.2	6925.500	.26
No	254	18	8.9		
Instantánea					
Si	32	24.8	16	4070.000	.35
No	282	18.4	10.7		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *U* de Mann- Whitney, *p*= valor de *p*, *n*=151.

La tabla 25 muestra que no existe diferencia significativa entre la subescala Dificultad para identificar sentimientos y las prevalencias de consumo de alcohol.

Tabla 26

Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de Dificultad para expresar sentimientos con las prevalencias de consumo de alcohol Global, Lápsica e Instantánea.

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
Si	151	24.5	20	12036.500	.73
No	163	24	20		
Lápsica					
Si	151	24.5	20	12036.500	.73
No	163	24	20		
Actual					
Si	60	27.5	20	6795.500	.18
No	254	23.4	20		
Instantánea					
Si	32	31.5	25	3499.500	.03
No	282	23.4	20		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *U* de Mann- Whitney, *p*= valor de *p*, *n*=151.

La tabla 26 muestra únicamente diferencia significativa ($U= 3499.500, p= .03$) en la subescala dificultad para expresar los sentimientos y la prevalencia de consumo instantánea en los últimos siete días, donde además se muestra una media de 31.5, y mediana de $Mdn= 25$.

Tabla 27

Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de pensamiento externamente orientado con las prevalencias de consumo de alcohol Global, Actual e Instantánea.

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global					
Si	151	37.9	37.5	11447.500	.28
No	163	36.5	37.5		
Lápsica					
Si	151	37.9	37.5	11447.500	.28
No	163	36.5	37.5		
Actual					
Si	60	36.8	40.6	7551.500	.91
No	254	37.3	37.5		
Instantánea					
Si	32	37.8	43.7	4247.000	.58
No	282	37.1	37.5		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p*= valor de *p*, *n*=151.

En la tabla 27 se observa que no existe diferencia significativa entre la subescala pensamiento externamente orientado y las prevalencias de consumo de alcohol.

Tabla 28

Chi-Cuadrada de Pearson para prevalencias de consumo de alcohol con Dimensiones de Alexitimia

<i>Prevalencias</i>		Dimensiones						χ^2	<i>p</i>
		Ausencia de alexitimia		Posible Alexitimia		<i>Alexitimia</i>			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Alguna vez en la vida	No	132	81.0	18	11.0	13	8.0	1.40	.49
	Si	114	75.5	21	13.9	16	10.6		
En el último año	No	132	81.0	18	11.0	13	8.0	1.40	.49
	Si	114	75.5	21	13.9	16	10.6		
En el último mes	No	204	80.3	29	11.4	21	8.3	3.08	.21
	Si	42	70.0	10	16.7	8	13.3		
En los últimos siete días	No	227	80.5	30	10.6	25	8.9	9.12	.01
	Si	19	59.4	9	28.1	4	12.5		

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = prueba de Chi- Cuadrada, *p*= Valor de *p*, n= 314

La tabla 28 muestra que existe únicamente diferencia significativa entre las dimensiones de alexitimia con la prevalencia en los últimos siete días de consumo de alcohol ($\chi^2 = 9.12$, $p < .01$), se observa que la ausencia de alexitimia es la dimensión que cuenta con mayor prevalencia instantánea de consumo de alcohol (59.4%) en comparación con posible alexitimia (28.1%) y la alexitimia (12.5%). Con esta información se da respuesta al objetivo 5.

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los hallazgos documentados en una muestra de 314 adolescentes que estudian secundaria en el estado de Nuevo León, México. Además, se verifican empíricamente los conceptos de Alexitimia de Taylor, Ryan y Bagby (1985) y Consumo de Alcohol de Babor, De la Fuente, Saunders, y Grant (1989).

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra se documentó que el 51.9% de los estudiantes pertenecen al sexo femenino y el 48.1% al sexo masculino, lo anterior muestra de cierta forma la oportunidad de la mujer de acceder a la educación secundaria y esto representa la aplicación de la política de equidad de género dado que las chicas tienen las mismas oportunidades de estudiar que los chicos (Olivares, 2016). La edad con mayor proporción fue de 15 años (35.3%), además la mayor parte de estos estudia el tercer año de secundaria (39.8%). De acuerdo con la edad y el grado escolar los datos son similares a los documentados por Alonso- Castillo, Yáñez-Lozano y Armendáriz-García (2017), ya que concuerdan con que las edades de los estudiantes de secundaria de Nuevo León oscilan entre los 12 y 15 años.

De acuerdo con el perfil del adolescente que consume alcohol, se observó que la edad de inicio al consumo de alcohol en mayor proporción fue a los 13 años, este dato coincide con lo reportado por el Centro de Integración Juvenil (2014), donde refieren que el alcohol es la primera o principal droga de inicio en adolescentes mexicanos y que en promedio ocurre entre los 10 a los 14 años. Además, concuerda con lo que se reporta por el INEGI (2010) ya que se señala que la edad de inicio es de 12 a 17 años. Este inicio del consumo a temprana edad podría deberse a la necesidad de socialización, problemas de comunicación y baja autoestima (Moral- De la Rubia, 2009).

En esta muestra de adolescentes escolarizados se observó que el consumo de alcohol ocurre con los amigos, en fiestas y en la casa del participante del estudio. Como se puede observar este consumo puede ser considerado como un vehículo de

socialización y se ha explicado a partir de los contextos como familia, amigos, compañeros de escuela (Pons & Buelga, 2011). Respecto a la bebida alcohólica de mayor consumo en estos adolescentes es la cerveza, probablemente tenga entre las razones el entorno donde vive porque en la localidad de residencia de estos chicos se mantiene una temperatura cálida gran parte del año además, del hecho de que existan grandes industrias cerveceras en la localidad, lo cual podría originar que esta sea una bebida económica y accesible y esto puede propiciar esta preferencia en el consumo de los adolescentes.

De acuerdo con las respuestas de los estudiantes y según las dimensiones de alexitimia, el 78.3% de los estudiantes no presenta alexitimia, el 12.5% reporta posible alexitimia y el 9.2% presenta alexitimia; lo cual puede explicarse en razón de lo reportado en el sentido de que la alexitimia puede limitarse progresivamente en función de los estímulos exteriores a los que se expone en la escuela, en su relación paterna y con otros pares, por ello se observa una disminución de la alexitimia y con ello se reduce la incapacidad de socialización e interacción del individuo (Alonso- Fernández, 2011). Estos hallazgos difieren con lo reportado por García, Rodríguez, Córdova y Fernández-Cáseres (2016) donde el 23.9% de los adolescentes que pertenecían a un centro de tratamiento por consumo de drogas, no presentaba alexitimia, 24.6% manifestó posible alexitimia y el 51.5% presentó alexitimia.

De acuerdo con los tipos de consumo, los estudiantes reportan mayor consumo de bajo riesgo (59.6%), seguido por consumo de riesgo (25.2%) y consumo perjudicial (15.2%), lo cual coincide con lo documentado por Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017) donde los participantes informaron consumo de alcohol de bajo riesgo en un 61%, el 22.6% consumo de riesgo y 16.4% indicaron consumo perjudicial. Es importante señalar que de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones cualquier cantidad de consumo de alcohol en adolescentes se considera perjudicial para la salud de estos (SS, 2009).

Respecto al primer objetivo que propuso conocer el puntaje de alexitimia y de cada dimensión por sexo, edad y escolaridad, de acuerdo con el sexo y la alexitimia no se observaron diferencias significativas, no obstante, se identificó descriptivamente que las mujeres informaron mayor proporción de alexitimia (12.3%) en comparación con los hombres (6%). Estos datos concuerdan con Pombo, Félix, Ismail y Figueira (2014) quienes encontraron mayores puntajes de alexitimia en mujeres que en hombres todos ellos personas que tenían problema de alcoholismo. Sin embargo, los hallazgos difieren con los datos obtenidos por García, Rodríguez, Córdova y Fernández-Cáseres (2016) donde los adolescentes hombres que se encontraban en un centro de tratamiento contra las adicciones muestran mayor proporción de alexitimia (51%) que las mujeres (46.9%).

Es posible que lo reportado en este estudio sobre mayor proporción de alexitimia en mujeres que en varones, podría tener alguna influencia cultural, donde muchas veces se inhibe el comentar sentimientos, emociones en individuos del sexo masculino que podrían dañar la imagen social de masculinidad del adolescente.

Respecto a la edad y escolaridad no se encontró significancia de estas variables con la alexitimia, probablemente por la homogeneidad de los datos. Estos hallazgos no concuerdan con los documentados en adultos italianos (Craparo, Ardino, Gori, Caretti, 2014) que encontraron asociación de la edad y la Escala de Alexitimia y con las subescalas dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir los sentimientos y tener pensamiento externamente orientado, señalando que a mayor edad mayores problemas de alexitimia se observaban, cuando estos participantes no habían realizado entrenamientos para el manejo de emociones. Probablemente el hecho de que la edad y la alexitimia no mostraron diferencias significativas significa que han desarrollado diversas formas de expresión de sentimientos y de tener pensamientos claros y orientados a la necesidad de expresar sus emociones de forma similar, donde es posible los padres de familia estén apoyando a sus hijos en la expresión e identificación de sus sentimientos y emociones.

De la misma forma la escolaridad y la Escala de Alexitimia no mostró significancia, posiblemente por lo similar de los datos. Estos datos son contrarios con lo señalado por Evren et al. (2009) donde señalan que de una población de pacientes en un centro de rehabilitación por consumo de alcohol en Estambul, la escolaridad se relaciona con la presencia de alexitimia, además el 19.4% de los pacientes que tenían educación secundaria presentaban alexitimia. Sin embargo, el estudio de Evren et al. (2009) tiene características diferentes a las de los adolescentes de secundaria de esta muestra ya que los chicos no están en tratamiento de rehabilitación. Lo anterior probablemente significa que los adolescentes de esta muestra han desarrollado capacidades de comunicación e interacción y de manejo de emociones con apoyo de sus padres o del programa escolar que están cursando.

En relación con el segundo objetivo que indicó identificar los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol por sexo edad y escolaridad se observó, que no se documentaron diferencias significativas de sexo por los cuatro tipos de prevalencia, posiblemente por lo homogéneo de los datos. Lo anterior es contrario a lo reportado en adolescentes de una escuela preparatoria de Morelia quienes si documentaron diferencias por género (Sánchez Cortés, Roa Sánchez, Gómez Alonso & Rodríguez-Orozco, 2008). Respecto a la edad y las prevalencias se reportó diferencia significativa de la edad y los cuatro tipos de prevalencia en todas estas, la edad de 15 años informó mayor prevalencia de consumo en relación con los adolescentes de 13 y 14 años.

Este hallazgo llama la atención dado que existe una regulación o normatividad en México que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y se recomienda el no consumo de alcohol en esta etapa de adolescencia, en virtud de que aumenta significativamente la probabilidad de tener problemas de adicción al alcohol, dado que son más vulnerables por su condición física, neurológica, de desarrollo y psicológica para progresar de forma acelerada hacia la dependencia al alcohol en comparación con los adultos (De Lucas Moreno, 2014). Estos hallazgos coinciden

además con lo reportado por Telumbre y Sánchez (2014) en Guerrero y Salamó, Gras y Font-Mayolas en España (2010), quienes informan que conforme aumenta la edad aumenta la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes.

En cuanto la escolaridad y las prevalencias de consumo de alcohol global, lápsica, actual e instantánea se observaron diferencias significativas mostrando que los cuatro tipos de prevalencia fueron más altas sus proporciones en los adolescentes que estudian tercer año de secundaria. Lo anterior coincide con lo reportado por Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) quienes indican que el aumento de la prevalencia de consumo de alcohol ocurre conforme al grado escolar que cursan. Así mismo coinciden con lo que reporta Villatoro et al. (2014), donde alumnos mexicanos de mayor grado escolar, consumen alcohol con mayor frecuencia o prevalencia.

En relación con el tercer objetivo que indica determinar el tipo consumo de alcohol por edad, sexo y escolaridad; al respecto del sexo y los tipos de consumo de alcohol no se observaron diferencias significativas, probablemente por lo homogéneo de los datos, este dato concuerda con lo citado por Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010), al indicar que no se reportan diferencias significativas en relación al género ($p > .05$), pero el hallazgo de este estudio difiere con lo indicado por Galán, Gonzales y Valencia-Martin (2014) al documentar que el patrón de consumo de bajo y de alto riesgo fueron más frecuente en los varones que en las mujeres. Una posible explicación del hallazgo de este estudio que los tipos de consumo por género fueron muy similares se podría explicar por las modificaciones de las premisas socioculturales, de la sociedad, por la búsqueda de la equidad de género, lo que probablemente se considere un derecho de igualdad en todas las acciones y conductas entre hombres y mujeres donde se incluye el consumo de alcohol.

Respecto a la edad y tipos de consumo de alcohol no se observó significancia del instrumento AUDIT por edad, estos hallazgos difieren con lo referido por Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010), al mostrar que el consumo se incrementa con la edad,

probablemente por la necesidad de ser aceptado por sus pares lo cual es muy valioso para ellos. Es probable que en este estudio dado que el consumo fue muy homogéneo según la edad, probablemente esto se explique por la necesidad de ser aceptados al ingresar a los estudios secundarios y estar en contacto con chicos de mayor edad y su deseo de aceptación social podría ser un factor que explique la similitud de este dato.

En relación con la escolaridad y los tipos de consumo se observó que no existe significancia de la escolaridad y el instrumento AUDIT. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por López y Costa (2008) en adolescentes mexicanos quienes informaron que no se observó significancia del tipo de consumo de alcohol y la escolaridad. No obstante, es probable que los hallazgos de este estudio se puedan explicar en razón de la etapa de transición que viven los adolescentes y el deseo de experimentar con el alcohol, por ello la homogeneidad de los resultados (Siqueira & Smith, 2015).

En relación con la escolaridad y el consumo perjudicial se reportó diferencia significativa, documentando una media más alta de 6.6 de AUDIT en adolescentes que estudian primer año de secundaria seguido de los de tercer año de secundaria con una media de 6.3. Como se observa los estudiantes de primer y tercer grado reportan más alta media de consumo de alcohol probablemente por las razones antes señaladas de presión de pares, deseos de ser aceptados socialmente, no obstante, este consumo es peligroso porque en esta etapa se ha observado se establece un patrón de consumo que puede influir en corto plazo en el consumo excesivo explosivo (binge drinking) según lo documentado en adolescentes de Estados Unidos por Siqueira y Smith (2015).

Respecto al cuarto objetivo que propuso identificar la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol, se encontró una correlación positiva y significativa entre la Escala de Alexitimia de Toronto y el AUDIT, así como en las subescalas dificultad para identificar sentimientos y dificultad para expresar los sentimientos mostraron correlación positiva y significativa con el AUDIT. Además, se encontró correlación positiva y significativa entre la escala de alexitimia, las subescalas dificultad para identificar

sentimientos y dificultad para expresar sentimientos con el tipo de consumo dependiente o de riesgo. Finalmente, la escala de Alexitimia reportó un Coeficiente de Correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol perjudicial y con las subescalas dificultad para identificar los sentimientos, dificultad para expresar los sentimientos y el pensamiento externamente orientado.

Los datos anteriores coinciden con lo reportado por Moral de la Rubia (2009) en jóvenes universitarios mexicanos donde la alexitimia se correlacionó positiva y significativamente con el consumo de alcohol, además de las subescalas dificultad para identificar sentimientos y dificultad para expresar sentimientos también mostraron correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol. Así mismo los datos concuerdan con Luminet, Cordovil, de Sousa, Fantini y Timar (2016) en personas ingresadas para desintoxicación y rehabilitación en un hospital de Bélgica, donde la escala de la Alexitimia se correlacionó de forma positiva y significativa con el consumo de alcohol obsesivo compulsivo. Como se observa probablemente los adolescentes con altos puntajes de alexitimia y de sus subescalas como las dificultades para identificar y expresar sentimientos posiblemente encuentren en el consumo de alcohol una forma de sentirse con algo de poder para expresar sus sentimientos.

En cuanto al quinto objetivo que propuso determinar la alexitimia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol, se reportó que no existe diferencia significativa entre el índice de la escala de alexitimia con las cuatro prevalencias de consumo de alcohol, sin embargo, se observó diferencia significativa entre la subescala pensamiento externamente orientado con la prevalencia de consumo instantánea en los últimos siete días. Así mismo se observa que la ausencia de alexitimia es la dimensión que cuenta con mayor prevalencia instantánea de consumo de alcohol, lo cual difiere con los resultados obtenidos por García, Córdova y Fernández- Cáceres (2016) en jóvenes mexicanos de un centro de tratamiento por uso de drogas, donde se encontró que los pacientes que tienen mayor prevalencia de consumo de alcohol reportan mayor porcentaje de alexitimia, esto

puede deberse a que se ha registrado que existe mayor dificultad para reconocer emociones, en personas usuarias de alcohol en comparación con personas no consumidoras (Hamidi, Rostami, Farhoodi, & Abdolanafi, 2010).

Conclusiones

El sexo y la edad según los puntajes de alexitimia no mostraron diferencias significativas, únicamente se observó tendencia a la significancia en escolaridad según los puntajes de alexitimia en los adolescentes de primer año el 16.1% mostró posible alexitimia, en los de tercer año, el 13.6% reportó posible alexitimia y el 12.0% informó alexitimia.

El sexo según los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol, alguna vez en la vida, en el último año, último mes y última semana no mostraron diferencia significativa. Respecto a la edad y escolaridad según los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol mostraron diferencias significativas. Los adolescentes de 15 años mostraron mayor proporción de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, último año, último mes y última semana. Según la escolaridad, los participantes de tercer año de secundaria reportaron más alta prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, último año, último mes y última semana.

Respecto a los tipos de consumo de alcohol por sexo, no se encontraron diferencias significativas. De acuerdo a la edad, se reportó diferencia significativa con el consumo de bajo riesgo, siendo los adolescentes de 12 años los que reportan media más alta del cuestionario AUDIT ($\bar{X}= 27.7$). Respecto a la escolaridad, se reportó diferencia significativa con el consumo perjudicial y son los estudiantes de primer año los que reportan media más alta del cuestionario AUDIT en comparación con los de segundo y tercer año.

De acuerdo a la relación entre la alexitimia y el consumo de alcohol, se encontró una relación positiva y significativa entre la Escala de Alexitimia de Toronto y el cuestionario AUDIT, así como las subescalas dificultad para identificar sentimientos,

dificultad para expresar sentimientos mostraron correlación positiva y significativa con el AUDIT. Respecto a las subescalas de alexitimia, se observó que la subescala dificultad para identificar sentimientos reportó correlación positiva y significativa con el consumo de bajo riesgo, igualmente se encontró correlación positiva y significativa entre el índice de la escala de alexitimia, las subescalas dificultad para identificar sentimientos y dificultad para expresar los sentimientos con el consumo de riesgo. Además, el índice de la escala de alexitimia y las subescalas dificultad para identificar sentimientos, dificultad para expresar sentimientos y pensamiento externamente orientado reportaron correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol perjudicial.

Respecto a la relación entre la alexitimia y las cuatro prevalencias de consumo de alcohol, se reportó una correlación positiva y significativa únicamente entre la subescala pensamiento externamente orientado y la prevalencia instantánea en los últimos siete días. Así mismo se mostró correlación positiva y significativa entre las dimensiones de alexitimia y la prevalencia en los últimos siete días de consumo de alcohol, donde la dimensión ausencia de alexitimia cuenta con mayor prevalencia instantánea de consumo de alcohol.

Se concluye que la edad y escolaridad están relacionadas con la presencia de alexitimia, además que se observa mayor proporción de alexitimia en adolescentes de mayor grado escolar. Así mismo se observó que las mujeres informan mayor prevalencia de consumo actual. Respecto a la edad, los estudiantes de 15 años informan mayor prevalencia de consumo de alcohol. De acuerdo a las prevalencias de consumo por escolaridad, se mostró que los estudiantes de tercer año refieren mayor proporción de consumo en cada una de las prevalencias. Respecto a los tipos de consumo de alcohol por edad, se muestra diferencia significativa, siendo los estudiantes de 15 años los que informan medias más altas de consumo. De acuerdo a los tipos de consumo por escolaridad se identificó diferencia significativa. Así mismo se encontró correlación positiva y significativa entre la alexitimia y el consumo de alcohol, así como las

subescalas dificultad para identificar sentimientos, dificultad para expresar los sentimientos mostraron correlación positiva y significativa con el AUDIT.

Recomendaciones

Se sugiere replicar el estudio en adolescentes escolarizados de área rural y de área suburbana, para identificar si estos resultados se mantienen.

Es necesario desarrollar estudios con diseños cualitativos, a fin de poder profundizar en la alexitimia y poder identificar que acciones han llevado a cabo para la identificación y la descripción de las emociones de los adolescentes.

Continuar aplicando la escala de Alexitimia de Toronto de Taylor, Ryan y Bagby en 1985 y validada al español por Moral de la Rubia en 2008. Así como Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] de Babor, De la Fuente, Saunders, Grant (1989) y adaptada a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992), en virtud de la confiabilidad observada en este estudio.

A futuro sería necesario establecer intervenciones orientadas a trabajar con los adolescentes la expresión e identificación de las emociones, así como orientadas a limitar el consumo de alcohol en estos adolescentes.

Referencias

- Alonso-Castillo, M., Yáñez-Lozano, Á & Armendáriz-García, N. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y Drogas*, 17 (1), 87-96. Recuperado de:
<https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/286/282>
- Alonso- Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*. 34(6), 481-490. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600002#:~:text=La%20trascendencia%20social%20de%20la%20A%20L%20consiste%20en%20actuar%20como,negativas%20o%20una%20acci%C3%B3n%20impulsiva.
- Álvarez, J. (2000). *Los Jóvenes y sus Hábitos de Salud: Una Investigación Psicológica e Intervención Educativa* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Anderson P, Gual A, & Colon J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de Salud, Washington, DC. Recuperado de:
https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Aragón, C., Miquel, M., Correa, M. & Sanchis-Segura, C. (2002). Alcohol y metabolismo humano. *Adicciones*, 14, 23-42.
DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.541>
- Armendáriz, N., Villar, M., Alonso, M., Alonso, B., Oliva, N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería Imagen Desarrollo*, 14 (2), 97-112. Recuperado de:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4212>

- Babor, T., De la Fuente J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, *World Health Organization, Geneva*.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93972_ES_Bases Científicas Para La Prevencion De Las Drogodependencias - 2002.pdf
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (2008). Epidemiología básica. (2 Ed.). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000900024>
- Bravo, G. & Barros, P. (2016). La Alexitimia En Drogodependientes De La Clínica De Tratamiento De Alcohol Y Drogas Doce Pasos De La Ciudad De Cuenca. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 20(3), 23-41. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/61774>
- Burns, N & Grove, S. (5ª. Ed.). (2012). Investigación en Enfermería. *Elsevier: Saunders*.
- Castillo-Carniglia, A., Pizarro, E., Luengo, D. & Soto-Brandt, G. (2014). Consumo de alcohol y autoinforme de eventos violentos en Chile. *Adicciones*, 26(1), 46-53. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/130>
- Centros de Integración Juvenil. (2014). Prevalencia del uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del Estado de Nuevo León (Informe de investigación). Recuperado del sitio de internet <http://www.cij.gob.mx/transparencia/pdf/informe/InfEjecEne-Dic2013.pdf>
- Centros de Integración Juvenil [CIJ]. (2019). Lo que hay que saber sobre drogas (2º Ed.) Recuperado de:
http://www.cij.gob.mx/sabersobredrogas/pdf/Saber_sobre_Drogas_2019.pdf
- Chacón, R., Castro, M., Caracuel, R., Padial, R., Collado, D. & Zurita, F. (2016). Perfiles de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes andaluces de primer ciclo en educación secundaria. *Salud y Drogas*, 16(2), 93-104.
DOI: 10.21134/haaj.v16i2.266

- Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]. 2019. Observatorio Mexicano de Drogas. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>
- Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., & Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: A mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1224–1229. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.05.018>
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A & Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry investigation*, 11(3), 330-335. DOI: 10.4306/pi.2014.11.3.330
- De la Fuente, J. & Kershenonich D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51
- De Lucas Moreno G (2014) Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; España Disponible en: <http://eprints.ucm.es/24522/1/T35211.pdf>
- Elashoff, J., Dixon, J.W., Crede, K. M., & Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor. Boston MA. Release G. J. C. & Rodriguez F.M.A.
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., & Oncu, F. (2009). Childhood Abuse and Neglect as a Risk Factor for Alexitimia in Adult Male Substance Dependent Inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 85-92. DOI:10.1080/02791072.2009.10400677
- Fernández - Montalvo, J. & Yárnoz, S. (1994). Alexitimia: Concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*. Vol 6(3):357-366. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=931>
- Galán, I., González, M.J., Valencia-Martin, J.L.(2014)Patrones de Consumo de Alcohol en España: Un País en España. *Rev Esp Salud Publica* Vol 88(4): 529-540.
- García, V., Rodríguez, S., Córdova, A & Fernández- Cáceres, C. (2016). Alexitimia y consumo de drogas en hombres y mujeres en tratamiento. *Revista internacional de investigación en adicciones*. 2 (2), 13-21. DOI: 10.28931/riiad.2016.2.03

- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P., ... Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, *392*(10152), 1015–1035.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Hamidi, S., Rostami, R., Farhoodi, F., & Abdolmanafi, A. (2010). A study and comparison of Alexitimia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *5*, 1367-1370. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.289
- Herrera, M.G., & Oropeza, R., (2008). El Consumo de Alcohol y Drogas Previo al Delito en Internos de un Centro de Integración para Adolescentes. *UARICHA*. pp. 35-42. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/El-consumo-de-alcohol-y-drogas-previo-al-delito-en-Ruiz-Tena/5b5dc29e327953d1477ba14867017066c3256111>
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M., & Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *20*(1), 19-25. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121d.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI] (2010). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?c=2766&ep=41>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]; Secretaría de Salud [SS]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE] (2014). Reporte de Alcohol
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Comisión Nacional Contra las Adicciones

- [CONADIC]; Secretaría de Salud [SS]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2016- 2017). Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]; Secretaría de Salud [SS]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2016- 2017). Reporte de Drogas
- López, G. & Lobo de Costa, J. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2).
- Lozano, R., Gómez-Dantes, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez- Corona, A., Campuzano-Rincón, J., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M., Borges, G., Naghavi, M., Wang, H., Vos, T., & López, A., Murray, C. (2013). La Carga de Enfermedad, Lesiones, Factores de Riesgo y Desafíos para el Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6), pp. 580-594. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007
- Luminet, O., Cordovil de Sousa Uva, M., Fantini, C. & de Timary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatry Research*. 239, 28-38. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.02.062
- Lyvers, M., Hasking, P., Albrecht, B., & Thorberg, F. A. (2011). Alexithymia and alcohol: the roles of punishment sensitivity and drinking motives. *Addiction Research and Theory*. 20 (4), 348- 357. DOI: <https://doi.org/10.3109/16066359.2011.636494>
- Martínez- Ramón, J., Méndez-Mateo, I., & Ruiz-Esteban, C. (2018). Relación entre alexitimia y disfrute de la vida en adolescentes: implicaciones educativas. *Revista de psicología y educación*. 13(2), 124-130. DOI: <https://doi.org/10.23923/rpye2018.01.163>
- Moral de la Rubia, J. (2008). Propiedades psicométricas de la escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista electrónica de la psicología Iztacala*.

- 11 (2): 97-114. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/18555/17613>
- Moral- De la Rubia, J. (2009). Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión. *Medicina Universitaria*, (11), pp. 99-108. Recuperado de:
<http://eprints.uanl.mx/id/eprint/8267>
- Morie, K., Yip, S., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K., & Potenza, M. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current Addiction Reports*, 3(2), 239-248. DOI: 10.1007/s40429-016-0097-8
- Nash, N., González, J., Hernández, L. S., Bravo, L. A. & López, M. F. (2012). Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Psicología Científica.com*, 14(13). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes>.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2019). *Informe Mundial de Drogas*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
 Recuperado de <https://www.unodc.org/ropan/es/presentan-informe-mundial-sobre-las-drogas-2019.html>
- Olivares, E. (2016). México está urgido de alcanzar la equidad de género: Narro [Nota informativa] Recuperado de
<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/03/08/mexico-esta-urgido-de-alcanzar-la-equidad-de-genero-narro-2015.html>
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2013). El Problema de Drogas en las Américas: Estudios. Recuperado de
http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Panamericana de la salud [OPS] (2008). Alcohol y Atención primaria de la salud: Informaciones Clínicas Básicas Para La Identificación Y El Manejo De

Riesgos Y Problemas. Recuperado de:

https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

- Pérez, E., Soler, Y. M., Pérez, R., & González, G. (2016). Factores de Riesgo y Consumo de Alcohol en Adolescentes. *Multimed. Revista Médica*. 20(2), 308-321. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul162g.pdf>
- Pombo, S., Félix da Costa, N., Ismail, F., Neves, J., & Figueira, M. (2014). Alexithymia and alcohol dependence: Do different subtypes manifest different emotion regulations? *Addiction Research & Theory*. 23(3), 187-195.
- Pons, J & Buelga, S. (2011) Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention* Vol. 20, No. 1, pp. 75-94. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818575008.pdf>
- Ruiz-Juan, F., & Ruiz- Risueño, J. (2011). Variables Predictoras de Consumo de Alcohol entre Adolescentes Españoles. *Anales de Psicología* 27(2), 350-359. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2011-11283-011>
- Salamó, A., Gras, P. & Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*; 2(2), 189-195.
- Sánchez Cortés, I., Roa Sánchez, V. Gómez Alonso C., & Rodríguez-Orozco A (2008) Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. *Cubana Pediatr* Vol 80(4)
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Última actualización 2014. México, D.F.
- Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. México, D.F.
- Secretaría de Salud. (2016). Informe Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones [SISVEA] 2016. Recuperado de http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf.

- Sifneos, P.E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Journal Psychotherapy and Psychosomatic*. Vol 22(2):255-262. doi:10.1159/000286529
- Siqueira, L. & Smith, C. (2015). Consumo excesivo de alcohol en adolescentes. *Pediatrics*. 136(18). Recuperado de <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=87908>
- Sivak, R., & Wiater, A. (1997). Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos: Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós.
- Tapia, R. (2001). Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectiva. (2da Ed.). México, D.F: Manual Moderno.
- Taylor, G., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward The Development Of A New Self-Report Alexithymia Scale. *Psychother, Psychosom* 44(4) pp. 191-199. DOI:10.1159/000287912
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-1
- Telumbre, T. & Sánchez J. (2014). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero México. *Salud y Drogas*, 15 (1), 79-86. Recuperado de: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/GUERR.pdf>
- Thorberg, F., Young, R., Lyvers, M., Sullivan, K., Hasking, P., London, E., Tyssen, R., Connor, J. & Feeny, G. (2016). Alexithymia in relation to alcohol expectancies in alcohol- dependent outpatients. *Psychiatry Research*. 236, 186-188. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.016
- Tirado, R., Aguaded, J., & Marín, I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la universidad de Huelva. *Salud y Drogas*, (9), pp. 165-184. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/43602719>
- Villatoro, V., Mendoza, M., Moreno, L., Oliva, R., Fregoso, I., Bustos, G.,... Medina Mora, I (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramos de la Fuente Muñiz*; 37(5), 423-435.

Villegas, M., Alonso, M., Alonso, B. & Guzmán, F. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de tabaco y alcohol. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 35-46.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100004>

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA)

Las siguientes preguntas son acerca de algunos datos personales y para conocer si consumes alcohol y con qué frecuencia, toda la información que nos proporcionas es confidencial y anónima. Recuerda que esto no es un examen, no hay preguntas positivas y negativas, no te estamos calificando.

Cédula de Datos personales

1.- ¿Cuántos años tienes? _____ (en esta línea coloca el número de años que tienes)

2.- Tu eres: Hombre: ___ Mujer: _____ (por favor marca con una cruz en la línea que corresponde si eres hombre o mujer)

6.- ¿Qué año de secundaria estas cursando?

a) Primer año _____ b) Segundo año _____ c) Tercer año: _____ (por favor señala con una X el año que estas cursando de tu secundaria)

7.- Hasta este momento, ¿Cuántos años has estudiado?: _____ (por favor cuenta el total de años que has estudiado desde la primaria y coloca el numero en la línea)

Datos relacionados con el consumo de alcohol (Ahora vamos a preguntarte algunos datos acerca de si has consumido alcohol y cómo y cuándo. Recuerda nadie sabrá de tus respuestas la escuela, amigos, tampoco tus padres, solo tú y yo sabremos y yo no las doy a conocer a nadie te doy mi palabra).

8.- Si has consumido alcohol, ¿Qué edad tenías cuando lo consumiste por primera vez? _____ años (por favor en la línea señala la edad cuando tomaste alcohol por primera vez)

9.- En un día normal de consumo, ¿cuántas bebidas alcohólicas ingieres? (cuantas latas de cerveza, copas de vino tinto, blanco, rosado, brandi, whiskey, ron, copa de licor de café almendras o frutas, tequila, mezcal u otro tipo de bebida alcohólica). Sobre línea

que se encuentra en cada tipo de bebida alcohólica consumida anota el número de bebidas consumidas en un día que tu consumas

a) _____ número de cervezas b) _____ número copas vino tinto, c) número de copas de vino blanco o rosado _____ c) número de copas de brandi _____ d) número de copas de whiskey _____ e) número de copas de ron _____ f) número de copas de licor de café, almendras o frutas _____ g) número de copas de tequila _____ h) número de copas de mezcal _____ I) otro tipo de bebida alcohólica anota aquí en esta línea cual bebida alcohólica es _____ y ahora agrega número de bebidas consumidas sobre esta línea ____

10.- Cuando consumes alcohol, ¿con que personas lo haces?

_____ (favor de anotar sobre la línea, no sus nombres solo si son amigos, compañeros de la escuela, primos, mis hermanos, papas, compañeros del equipo de deporte, vecinos y otros)

11.- ¿En qué lugares bebes alcohol usualmente? _____

(anotar sobre la línea si es en tu casa, en casa de tu amigo, casa de compañeros, en el parque, en el campo de futbol, antros, fiestas, bares, así como otros lugares.)

Tabla de prevalencias del consumo de alcohol

Por favor en esta tabla señala dentro de cada cuadro con una X si es SI o NO si has tomado al menos una cerveza, vaso de vino tinto, blanco, rosado, copa de brandi, whiskey, ron, copa de licor de café, almendras o frutas, tequila, mezcal u otras bebidas alcohólicas en los siguientes tiempos. Recuerda no te estamos evaluando ni juzgando si tomas o no alcohol y ninguna persona sabrá tus respuestas solo tu y yo además no te pido tu nombre ni ningún dato que te puedan identificar.

Prevalencia	Si	No
¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida?		
¿Has consumido alcohol en el último año?		

¿Has consumido alcohol en el último mes?		
¿Has consumido alcohol en los últimos 7 días?		

Apéndice B

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

A continuación, se te hacen preguntas acerca de tus sentimientos, por favor marca con una X solo una opción de respuesta que más te identifique tomando en cuenta que:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor recuerda que entre más grande sea el número que elijas, más estás de acuerdo estas con la pregunta que estás leyendo.

Preguntas	1	2	3	4	5
1.- A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo					
2.- Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos					
3.- Tengo sensaciones físicas que ni los doctores entienden					
4.- Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad					
5.- Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos					
6.- Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado					
7.- A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo					
8.- Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así					
9.- Tengo sentimientos que no puedo identificar					

10.- Es importante estar en contacto con la gente y con amigos y compañeros y sentir emociones o sentimientos					
11.- Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente					
12.- La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos					
13.- No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí					
14.- A menudo no sé por qué estoy enojado					
15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos					
16.- Prefiero ver en la televisión programas simples de entretenimiento en vez de complicados dramas psicológicos					
17.- Me es difícil demostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos					
18.- Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio					
19.- Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
20.- Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse					

Apéndice C

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

A continuación, te haremos las siguientes preguntas que se refieren a tu consumo de alcohol, se te pide que contestes lo más apegado a tu realidad, recuerda que toda la información es anónima y confidencial, por ello ni tus padres, maestros, compañeros y amigos sabrán lo que tú nos respondes. Te pedimos por favor marcar con una X la respuesta que mas se acerque a tu realidad.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (Cerveza, vodka, vino tinto, blanco, rosado, brandi, ron, whiskey, copa de licor de café, almendras o frutas, tequila, mezcal u otro tipo de bebida alcohólica)</p> <p>(0) Nunca (si nunca consumes alcohol pásate a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) de 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) de 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.- ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7,8 o 9</p> <p>(3) 10 o más</p>	<p>7.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.- ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p>	<p>8.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p>

<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3=0</i></p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.- Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año (4) Si, el último año</p>
<p>5.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año (4) Si, el último año.</p>

Apéndice D

Consentimiento Informado para el Padre o Tutor

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería
Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del proyecto: Alexitimia y Consumo de Alcohol en Adolescentes.

Autora del Estudio: Lic. En Enfermería Stella Maris Gómez Torres

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: El presente estudio tiene como interés identificar en los estudiantes de secundaria sus sentimientos y emociones y si pueden describirlos, así como conocer si consume alcohol con qué frecuencia. El estudio se realiza como requisito parcial para que la Lic. Stella Maris Gómez Torres pueda obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería, por lo cual, se le hace una cordial invitación a su hijo(a) para participar en el estudio. Antes de otorgar su consentimiento, necesita conocer el propósito del estudio, procedimiento, riesgos e inquietudes y beneficios, si usted decide autorizar que su hijo(a) participe, se le requerirá de la manera más atenta que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio: el objetivo de este estudio es conocer si los estudiantes de secundaria pueden identificar sus sentimientos y emociones y si pueden describirlos, así como identificar la frecuencia y el tipo de consumo de alcohol. Se le asegura que la información que su hijo proporcione será confidencial y anónima ya que en ningún momento se cuestionaran datos personales como nombre, dirección, además ninguna persona conocerá lo que el estudiante informe, los datos únicamente se presentaran en un informe de manera general por ello nunca se sabrá que su hijo formo parte del estudio.

Descripción del estudio/Procedimiento: Si otorga su consentimiento para que su hijo participe en la investigación, se le enviará a su hijo una liga de internet por medio del correo electrónico y éste contendrá tres cuestionarios, se le asegura que los datos serán anónimos y confidenciales. El tiempo aproximado para contestar es de 10 minutos por lo cual no interferirá con el horario habitual de sus clases. Así mismo se le informa que usted tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento en caso de

que su hijo(a) o si usted desea que su hijo suspenda su participación. Adicionalmente se le asegura que en caso de que usted indique que no desea que su hijo forme parte del estudio o retire el consentimiento informado no tendrá ninguna repercusión en las calificaciones y/o trato con los maestros, directivos y la institución escolar.

Riesgos e inquietudes: este estudio no se considera de riesgo para la participación de su hijo(a) pero los cuestionarios podrían ocasionar alguna incomodidad o sentimientos negativos, para estos casos se asegura suspender la participación, además su hijo(a) puede retirarse en el momento que él/ella decida.

Beneficios esperados: No existe ningún tipo de beneficio personal o económico para usted o su hijo(a) en la participación de este estudio, sin embargo, con los resultados obtenidos se podrán a futuro diseñar programas de prevención para evitar el consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria.

Confidencialidad: Los datos proporcionados por su hijo(a) sólo serán del conocimiento únicamente de la autora principal del estudio. Ninguna información sobre su hijo será distribuida o difundida a ninguna persona, ni siquiera a los directivos o profesores de la institución donde estudia su hijo(a). Los resultados serán presentados de forma general, nunca de forma personal en una tesis o artículo científico. Se le recuerda que los cuestionarios a contestar serán anónimos, en ningún momento aparecerá el nombre de su hijo(a).

Derecho a retractarse: Su consentimiento es voluntario. Si es su deseo que su hijo(a) no participe en el estudio puede negarse sin ningún tipo de repercusión por parte de la institución donde estudia su hijo(a). Si usted otorga su consentimiento para que su hijo(a) participe, se le pedirá que firme este Consentimiento Informado y si usted solicita una copia de este formato se le entregará.

Preguntas: Se le garantiza a usted que recibirá respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el estudio, puede comunicarse con los responsables de los comités de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL]. Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería. Dirección Avenida Gonzalitos #1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento: Yo voluntariamente autorizo que mi hijo(a) participe en este estudio y que colecte información sobre su persona. Yo he leído esta información y se han contestado todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando la participación de mi hijo(a) en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que lo decida.

Nombre y Firma del tutor

Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____

Apéndice E

Asentimiento informado del Estudiante

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería
Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del proyecto: Alexitimia y Consumo de Alcohol en Adolescentes.

Autora del Estudio: Lic. En Enfermería Stella Maris Gómez Torres

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: El presente estudio tiene como interés identificar si tú puedes describir tus sentimientos y emociones, así como conocer si consumes alcohol y con qué frecuencia. Por lo cual se te hace la cordial invitación para participar en el presente estudio, el cual se realiza como requisito parcial para que la Lic. Stella Maris Gómez Torres pueda obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Antes de otorgar tu consentimiento, es necesario que conozcas el propósito del estudio, procedimiento, riesgos e inquietudes y beneficios, si decides participar, se te pedirá de la manera más atenta que firmes esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio: El objetivo de este estudio es conocer si algunos de los estudiantes de secundaria pueden identificar sus sentimientos y emociones y si pueden describirlos, así como identificar la frecuencia y el tipo de consumo de alcohol. Se te asegura que toda información que proporciones será confidencial y anónima ya que en ningún momento se te cuestionaran datos personales como nombre, dirección, por ello ninguna persona conocerá la información que proporciones.

Descripción del estudio/Procedimiento: Si otorgas tu consentimiento para participar en la investigación, se te enviará una liga de internet por medio del correo electrónico y éste contendrá tres cuestionarios, se te asegura que los datos serán anónimos y confidenciales. El tiempo aproximado para contestar es de 10 minutos, por lo cual no interferirá con el horario habitual de tus clases. Así mismo se te informa que tendrás la libertad de retirar tu consentimiento en cualquier momento que lo desees.

Adicionalmente se te asegura que en caso de que indiques que no deseas formar parte del estudio o retirar tu consentimiento informado no tendrás ninguna repercusión en las calificaciones y/o trato con los maestros, directivos y la institución escolar.

Riesgos e inquietudes: este estudio no se considera de riesgo, pero los cuestionarios podrían ocasionarte alguna incomodidad o sentimientos negativos, para estos casos se asegura suspender tu participación, además podrás retirarte en el momento que así lo decidas.

Beneficios esperados: No existe ningún tipo de beneficio personal o económico en tu participación en este estudio, sin embargo, con los resultados obtenidos se podrán diseñar a futuro programas de prevención para el consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria.

Confidencialidad: los datos que proporciones sólo serán del conocimiento de la autora principal del estudio. Ninguna información será distribuida o difundida a ninguna persona, ni siquiera a los directivos o profesores de la institución donde estudias. Los resultados serán presentados de forma general, nunca de forma personal en una tesis o artículo científico. Se te recuerda que los cuestionarios a contestar serán anónimos, en ningún momento aparecerá tu nombre o datos personales.

Derecho a retractarse: Tu consentimiento es voluntario. Si no deseas participar en el estudio puedes negarte sin ningún tipo de repercusión por parte de la institución donde estudias. Si deseas otorgar tu consentimiento para participar en el estudio, se te pedirá que firmes este Asentimiento Informado.

Preguntas: Se te garantiza que recibirás respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el estudio, podrás comunicarte en cualquier momento con los responsables de los comités de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL]. Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería. Dirección Avenida Gonzalitos #1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento: Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han contestado todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando la participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que lo decida.

Firma del estudiante

Fecha

Resumen Autobiográfico

Lic. Stella Maris Gómez Torres

Candidata para Obtener el Grado de Maestro en Ciencias de Enfermería.

Tesis: ALEXITIMIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Licitas e Ilícitas

Biografía: Nació en Monterrey, Nuevo León, el día 7 de agosto de 1994. Hija del Sr. Ernesto Gómez Morales y de la Sra. Maria Luisa Torres Baltazar.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2017. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el período 2019-2021

Experiencia Profesional: Realizó servicio social en la Unidad de Cuidados del Hospital Universitario y trabajó como Enfermera particular en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Asociaciones: Miembro del Grupo de Estudiantes Contra las Adicciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro activo de La Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Tau Alpha.

E-mail: stellagomez@gmail.com