

Mitos sobre el consumo de alcohol: Un estudio con el alumnado en la sub-región Bajo Alentejo (Portugal)

Jorge Bonito¹ y Teresa Tavares²

¹Universidad de Évora. CIDTFF de la Universidad de Aveiro (Portugal);

²Agrupamiento de Escuelas nº 2, Beja (Portugal)

El consumo de alcohol se asocia con numerosas consecuencias perjudiciales para la salud, así como secuelas amplias para la sociedad. Según la OCDE, Portugal era, en 2014, el 15º mayor consumidor de la Unión Europea. Para el consumo de alcohol concurren creencias, mitos y preconceptos acerca de sus efectos. Este estudio es de naturaleza mixta, observacional, transversal y analítica de investigación-acción. Se tuvo como objetivo identificar un conjunto de mitos sobre el consumo de alcohol entre la población estudiantil de la educación básica y secundaria. Fue realizado en escuelas de la sub-región Bajo Alentejo (Portugal), donde los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2005-2006 apuntan a un crecimiento de la prevalencia de los consumidores de alcohol. Se aplicó un cuestionario, obteniéndose 501 respuestas válidas del alumnado del final de la enseñanza básica y de la enseñanza secundaria. Los resultados revelan que muchos mitos acerca del consumo de alcohol continúan presentes entre el alumnado, habiendo necesidad de definir y aplicar un plan de intervención en prevención del consumo de bebidas alcohólicas, que posibilite la aclaración de los alumnos acerca de los mitos, ya que son inductores del consumo por concepciones erróneas.

Palabras clave: Consumo de alcohol, adolescentes, mitos.

Myths about alcohol consumption: A study with students in the Lower Alentejo sub-region (Portugal). Alcohol consumption is associated with numerous harmful consequences for health, as well as broad sequelae for society. According OECD data, Portugal was, in 2014, the 15th largest consumer in the European Union. For the alcohol consumption concurrences beliefs, myths and preconceptions about their effects. This a mixed nature study, observational, transversal and analytical research-action. The objective was to identify a set of myths about alcohol consumption among the student population of basic and secondary education. It was carried out in schools in the Bajo Alentejo sub-region (Portugal), where data from the National Health Survey 2005-2006 indicate to a growth in the prevalence of alcohol users. A questionnaire was applied, obtaining 501 valid answers from students at the end of basic education and secondary education. The results reveal that many myths about alcohol consumption continue to be present among students, and there is a need to define and implement an intervention plan to prevent the consumption of alcoholic beverages, which makes it possible to clarify the students about the myths, since they are inducers of consumption by misconceptions.

Keywords: Consumption of alcohol, adolescents, myths.

Según la OCDE (2015), la población de la mayoría de los países siguen manteniendo un estilo de vida con uno o más indicadores de factores de riesgo para la salud, revelado por la proporción que fuma, consume alcohol o tiene sobrepeso y obesidad entre los niños y los adultos. El consumo de alcohol se asocia con numerosas consecuencias perjudiciales para la salud. Constituí factor de riesgo de cáncer (e.g., colorrectal, mama), accidente cerebrovascular, cirrosis hepática y para un conjunto expresivo de otras patologías, como, por ejemplo, reemplazo de articulaciones (OCDE, 2015), tuberculosis (Imtiaz et al., 2017), factor de combinación para el exceso de peso y la obesidad (Suter, 2005), resultados cerebrales adversos y declinación cognitiva (Topiwala et al., 2017) y ansiedad y depresión (Haynes, et al., 2005), entre otras. La exposición fetal al alcohol aumenta el riesgo de defectos de nacimiento y discapacidad intelectual (OCDE, 2015).

El consumo de alcohol también tiene consecuencias más amplias para la sociedad, lo que explica las grandes pérdidas de productividad laboral a través del absentismo y la mortalidad prematura, así como las lesiones y la muerte entre los que no beben (por ejemplo, por accidentes de tráfico causados por conductores bajo la influencia del alcohol). El alcohol también contribuye a la muerte y a la discapacidad a través de accidentes personales y lesiones, agresión, violencia, homicidio y suicidio (OECD, 2015). Se calcula que el consumo de alcohol causa más de 3,3 millones de muertes en todo el mundo por año y representa el 5,1% de la carga mundial de morbilidad (WHO, 2014).

Según los datos de la OCDE, Portugal era, en 2014, el 16º mayor consumidor del mundo de bebidas alcohólicas y el 15.º de la Unión Europea, con 9.9 L/per cápita (con 15 o más años de edad). En cuanto al consumo de alcohol, como factor de riesgo, Portugal se sitúa en la posición 25 con respecto a todos los demás países, en el terceros lugares más bajo de realización (OECD, 2015).

Los fenómenos socioculturales y económicos asumen una gran importancia en el consumo de bebidas alcohólicas, imprimiendo características propias en el modo como se percibe la intoxicación y en su cuadro clínico. Los mitos tienen, en este ámbito, un papel destacado (Ismail, 2002; Mello, Barrias y Breda, 2001). Mintzberg (2012) considera que los mitos impiden la gestión efectiva de la atención de salud. Su gestión puede ser la clave para unir la separación entre cuidado, cura, control y comunidad. Actualmente sabemos mucho más sobre los efectos del alcohol que en el pasado. Sin embargo, los mitos permanecen sobre los efectos de su consumo. Esta temática ha sido objeto de intervenciones diversas en muchas universidades de los Estados Unidos de América y de iniciativas de algunas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, un poco por todo el mundo. En este sentido, es importante corregir los mitos de los efectos del consumo de bebidas alcohólicas sobre el organismo y sus influencias sociales.

Este estudio tuvo como objetivo identificar un conjunto de mitos sobre el consumo de alcohol entre la población estudiantil de la educación básica y secundaria.

MÉTODO

Diseño

El diseño de la investigación es de naturaleza mixta, observacional, transversal y analítica (Fortin, 2009).

Área de estudio

Este estudio se realizó con las escuelas del distrito de Beja, ubicado en la sub-región del Bajo Alentejo, Portugal. Este distrito abarca 14 municipios. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2005-2006 apuntan a un crecimiento de la prevalencia de los consumidores de alcohol en esta región, en comparación a la encuesta anterior (INE y INSA, 2009). El distrito de Beja es aquel donde se verifica una tasa de consumo de bebidas y también donde se registra la mayor tasa de embriaguez, en el tercer ciclo de la enseñanza básica y en la enseñanza secundaria (Feijão, 2010).

Participantes

En este estudio participó el alumnado de las escuelas públicas que frecuentaban, en el año lectivo de 2010-2011, el 9.º grado y la enseñanza secundaria. En este año escolar, esta población teórica estaba constituida por 4416 alumnos, distribuidos del siguiente modo: 1051 (9º grado), 708 (10º grado); 660 (11º grado) y 1997 (12º grado).

Tamaño de muestra y procedimientos de muestreo

Se optó por un esquema de muestreo no probabilístico accidental (Fortin, 2009; Maroco, 2003). Para este estudio se consideró un nivel de confianza mínimo del 95%, con un error muestral máximo del 5%, siendo la muestra representativa de la población. Para la determinación del tamaño de la muestra se aplicó la fórmula propuesta por Siegel y Castellan (2006). La muestra se compone, por grupos, de la siguiente manera: 9º grado–282; 10º grado–250; 11º grado–244; 12º grado–323, en un total de 1099 alumnos.

Instrumento y su validación

Se construyó un cuestionario, original, con base en la literatura de la especialidad, dividida en dos secciones: i) información sociodemográfica; ii) mitos sobre el consumo de alcohol. La segunda sección consta de 17 ítems con cinco alternativas de

respuesta en una escala tipo Likert. De izquierda a derecha: 1="totalmente de acuerdo", 2="de acuerdo", 3="en desacuerdo", 4="en desacuerdo totalmente" y 98="no sé".

Los mitos considerados fueron los siguientes: 1–“El vino es una bebida ligera, pues contiene menos alcohol que las otras bebidas”; 2–“El alcohol es afrodisíaco”; 3–“El alcohol mata la sed”; 4–“El alcohol alimenta”; 5–“El alcohol abre el apetito”; 6–“Si beber durante las comidas, los efectos del alcohol son obligatoriamente menores”; 7–“El consumo de café puede curar la resaca”; 8–“El alcohol facilita las relaciones personales”; 9–“El alcohol hace bien al corazón”; 10–“El dependiente de alcohol es una persona débil e irresponsable”; 11–“El alcohol es la causa del alcoholismo”; 12–“Mezclar cerveza, vino y destilados lleva a la embriaguez más rápidamente que tomar solamente una bebida”; 13–“Los efectos del alcohol en el cuerpo de la mujer son igual a los efectos del alcohol en el cuerpo del hombre”; 14–“El alcohol es un medicamento”; 15–“El alcohol calienta”; 16–“El alcohol da fuerza y/o energía”; 17–“El alcohol dificulta la digestión”.

En el proceso de validación interna del cuestionario intervinieron un profesor de portugués y un panel de cuatro especialistas. En la validación externa, se hizo un pre-test a una muestra de 27 alumnos (14 del 9º grado y 13 del 12º grado). Todas las contribuciones, comentarios y apreciaciones se consideraron e fueron integrados para optimizar la calidad del instrumento de recogida de información. La consistencia interna fue determinada por el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach, cuyo valor es de 0.945 (0.948 basado en ítems estandarizados).

Procedimiento

El cuestionario fue sometido a la Dirección General de la Educación, con autorización para aplicación en medio escolar nº 0.202.900.001. A continuación, se contactó a los directores de los agrupamientos de escuelas, recogiendo su autorización para la aplicación del cuestionario. Se elaboró una solicitud a los encargados de educación del alumnado para el mismo efecto. Se seleccionaron, de modo accidental, 13 clases de cada grado. La aplicación de los cuestionarios se hizo por autorrelato, entre mayo y junio de 2011, por parte de los profesores colaboradores en las diversas escuelas.

Se obtuvieron 501 cuestionarios válidos, o sea el 45.59% de la muestra. Por grado, los cuestionarios se distribuyen del siguiente modo: 140 del 9º grado; 133 del 10º grado, 117 del 11º grado y 111 en del 12º grado. Los errores muestrales finales son los siguientes: 9º grado–7.72%; 10º año–7.69%; 11º año–8.25%; 12º año–9.05%.

Análisis de datos

Se construyó una base de datos con los resultados en el SPSS 21.0. El análisis de los datos involucró pruebas de estadística descriptiva e inferenciales, permitiendo establecimientos correctos o diferenciales entre las variables.

RESULTADOS

La distribución media de los grados del alumnado, por sexo, se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Grados del alumnado, según el sexo

Grados	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
9º	f	78	140
	%	55.7	27.9
10º	f	72	133
	%	54.1	26.3
11º	f	70	117
	%	59.8	23.4
12º	f	59	111
	%	53.2	22.2

Se observa que la mayoría de los encuestados son mujeres. El promedio de edades es, según el año de escolaridad: 14.7 (9º grado); 15.9 (10º grado); 16.7 (11º grado) y 17.7 (12º grado) años. A continuación, se presentan los resultados de la segunda sección del cuestionario (Tabla 2).

Tabla 2. Mitos sobre los efectos del consumo de alcohol

Variables	Grados				N	Mediana	Moda	
	9º f (%)	10º f (%)	11º f (%)	12º f (%)				
1	CT	9 (6.5)	5 (3.8)	6 (5.1)	4 (3.6)	500	3	3
	C	29 (20.9)	32 (24.1)	23 (19.7)	18 (16.2)			
	D	38 (27.3)	32 (24.1)	35 (29.9)	52 (46.8)			
	DT	26 (18.7)	24 (18.0)	23 (19.7)	17 (15.3)			
	NS	37 (26.6)	40 (30.1)	30 (25.6)	20 (18.0)			
2	CT	12 (8.6)	18 (13.5)	7 (6.0)	9 (8.1)	500	3	98
	C	24 (17.3)	31 (23.3)	25 (21.4)	30 (27.0)			
	D	28 (20.1)	17 (12.8)	25 (21.4)	30 (27.0)			
	DT	18 (12.9)	21 (15.8)	23 (19.7)	20 (18.0)			
	NS	57 (41.0)	46 (34.6)	37 (31.6)	22 (19.8)			
3	CT	8 (5.8)	14 (10.5)	4 (3.4)	7 (6.3)	500	3	4
	C	2 (15.8)	23 (17.3)	23 (19.7)	14 (12.6)			
	D	44 (31.7)	36 (27.1)	37 (31.6)	35 (31.5)			
	DT	39 (28.1)	38 (28.6)	42 (35.9)	46 (41.4)			
	NS	26 (18.7)	22 (16.5)	11 (9.4)	9 (8.1)			
4	CT	3 (2.2)	6 (4.5)	1 (0.9)	1 (0.9)	496	4	4
	C	6 (4.3)	11 (8.3)	5 (4.3)	7 (6.4)			
	D	33 (23.7)	29 (22.0)	23 (20.0)	26 (23.6)			
	DT	74 (53.2)	68 (51.5)	70 (60.9)	65 (59.1)			
	NS	23 (16.5)	18 (13.6)	16 (13.9)	11 (10.0)			
5	CT	12 (8.6)	11 (8.3)	10 (8.5)	2 (1.8)	500	3	3
	C	22 (15.8)	28 (21.1)	11 (9.4)	13 (11.7)			
	D	36 (25.9)	21 (15.8)	42 (35.9)	46 (41.4)			
	DT	29 (20.9)	34 (25.6)	25 (21.4)	25 (22.5)			
	NS	40 (28.8)	39 (29.3)	29 (24.8)	25 (22.5)			
6	CT	16 (11.5)	19 (14.3)	9 (7.8)	12 (10.8)	499	3	2
	C	45 (32.4)	55 (41.4)	49 (42.2)	44 (39.6)			
	D	23 (16.5)	16 (12.0)	23 (19.8)	27 (24.3)			
	DT	15 (10.8)	14 (10.5)	7 (6.0)	7 (6.3)			
	NS	40 (28.8)	29 (21.8)	28 (24.1)	21 (18.9)			

Tabla 2. Mitos sobre los efectos del consumo de alcohol (continuación)

Variables	Grados				N	Mediana	Moda	
	9° f (%)	10° f (%)	11° f (%)	12° f (%)				
7	CT	7 (5.0)	19 (14.3)	6 (5.1)	4 (3.6)	700	4	98
	C	40 (28.8)	41 (30.8)	36 (30.8)	26 (23.4)			
	D	19 (13.7)	11 (8.3)	11 (9.4)	29 (26.1)			
	DT	14 (10.1)	7 (5.3)	6 (5.1)	9 (8.1)			
	NS	59 (42.4)	55 (41.4)	58 (49.6)	43 (38.7)			
8	CT	11 (7.9)	18 (13.6)	8 (6.8)	6 (5.4)	499	3	2
	C	29 (20.7)	46 (34.8)	50 (42.7)	48 (43.2)			
	D	36 (25.7)	25 (18.9)	31 (26.5)	32 (28.8)			
	DT	36 (25.7)	30 (22.7)	18 (15.4)	20 (18.0)			
	NS	26 (18.6)	14 (10.6)	10 (8.5)	5 (4.5)			
9	CT	4 (2.9)	4 (3.0)	3 (2.6)	3 (2.7)	499	4	4
	C	7 (5.1)	17 (12.8)	21 (17.9)	7 (6.3)			
	D	28 (20.3)	24 (18.0)	35 (29.9)	48 (43.2)			
	DT	84 (60.9)	72 (54.1)	45 (38.5)	47 (43.3)			
	NS	15 (10.9)	16 (12.0)	13 (11.1)	6 (5.4)			
10	CT	39 (28.1)	45 (33.8)	29 (25.0)	28 (25.2)	499	2	2
	C	49 (35.3)	42 (31.6)	45 (38.8)	41 (36.9)			
	D	19 (13.7)	23 (17.3)	28 (24.1)	29 (26.1)			
	DT	12 (8.6)	10 (7.5)	4 (3.4)	8 (7.2)			
	NS	20 (14.4)	13 (9.8)	10 (8.6)	5 (4.5)			
11	CT	73 (53.3)	64 (48.1)	55 (47.0)	45 (40.5)	498	2	1
	C	37 (27.0)	45 (33.8)	53 (45.3)	49 (44.1)			
	D	10 (7.3)	10 (7.5)	2 (1.7)	11 (9.9)			
	DT	4 (2.9)	6 (4.5)	2 (1.7)	4 (3.6)			
	NS	13 (9.5)	8 (6.0)	5 (4.3)	2 (1.8)			
12	CT	42 (30.2)	46 (34.8)	45 (38.5)	46 (41.4)	499	1	1
	C	39 (28.1)	33 (25.0)	35 (29.9)	40 (36.0)			
	D	6 (4.3)	6 (4.5)	2 (1.7)	4 (3.6)			
	DT	14 (10.1)	6 (4.5)	2 (1.7)	1 (0.9)			
	NS	38 (27.3)	41 (31.1)	33 (28.2)	20 (18.0)			
13	CT	21 (15.1)	10 (7.5)	6 (5.2)	5 (4.5)	499	3	3
	C	23 (16.5)	19 (14.3)	14 (12.1)	17 (15.3)			
	D	32 (23.0)	38 (28.6)	39 (33.6)	38 (34.2)			
	DT	21 (15.1)	27 (20.3)	23 (19.8)	31 (27.9)			
	NS	42 (30.2)	39 (29.3)	34 (29.3)	20 (18.0)			
14	CT	4 (2.9)	4 (3.0)	1 (0.9)	3 (2.7)	498	4	4
	C	10 (7.2)	19 (14.4)	10 (8.6)	5 (4.5)			
	D	32 (23.0)	16 (12.1)	29 (25.0)	36 (32.4)			
	DT	60 (43.2)	58 (43.9)	59 (50.9)	55 (49.5)			
	NS	33 (23.7)	35 (26.5)	17 (14.7)	12 (10.8)			
15	CT	40 (28.8)	43 (32.3)	23 (19.8)	28 (25.2)	499	2	2
	C	53 (38.1)	50 (37.6)	72 (62.1)	52 (46.8)			
	D	6 (4.3)	12 (9.0)	5 (4.3)	10 (9.0)			
	DT	15 (10.8)	8 (6.0)	3 (2.6)	8 (7.2)			
	NS	25 (18.0)	20 (15.0)	13 (11.2)	3 (11.7)			
16	CT	14 (10.0)	11 (8.3)	3 (2.6)	5 (4.5)	500	3	3
	C	36 (25.7)	38 (28.6)	30 (25.9)	23 (20.7)			
	D	40 (28.6)	29 (21.8)	52 (44.8)	43 (38.7)			
	DT	25 (17.9)	33 (24.8)	17 (14.7)	26 (23.4)			
	NS	25 (17.9)	22 (16.5)	14 (12.1)	14 (12.6)			
17	CT	12 (8.6)	11 (8.3)	12 (10.3)	4 (3.6)	499	98	98
	C	30 (21.4)	23 (17.4)	17 (14.7)	41 (36.9)			
	D	19 (13.6)	14 (10.6)	18 (15.5)	11 (9.9)			
	DT	7 (5.0)	4 (3.0)	3 (2.6)	4 (3.6)			
	NS	72 (51.4)	80 (60.6)	66 (56.9)	51 (45.9)			

Con base en la tabla 2, en relación a la variable *el vino es una bebida ligera...* el 49.4% del alumnado no está en acuerdo con esta afirmación, mientras que el 25.2% está de acuerdo. La discordancia registra su mayor valor en la enseñanza secundaria (50.7%) siendo también en este nivel de enseñanza que se registra menor nivel de concordancia. El desconocimiento reunió el 25.4% de los encuestados. Sobre las *propiedades afrodisíacas del alcohol*, la mayor parte del alumnado (41.0%) de la enseñanza básica tiene dudas. En el total de la muestra, cerca del 36.4% está en desacuerdo y el 31.2% concuerda con esta proposición. La mayoría del alumnado (63.4%) discorda que el alcohol mata la sed, siendo mayor la discordancia en la enseñanza secundaria.

En el mito *el alcohol alimenta*, un grupo de alumnado superior a $\frac{3}{4}$ está en desacuerdo con esta posición, en la que el desconocimiento se reúne sólo el 13.7%. Cuando miramos la afirmación de que *el alcohol abre el apetito*, las opiniones se dividen, aunque la mayoría discrepe de esta posición. La concordancia congregó el 21.8% de las respuestas y el desconocimiento el 26.6%.

El hecho de que los *efectos del alcohol sean menores cuando se bebe durante las comidas* es abonado por el 49.9% del alumnado, siendo que el 23.6% desconocen. La concordancia es mayor del grupo de enseñanza secundaria, en particular en el 10º grado. La mayoría del alumnado (42.4%) no sabe si *el consumo de café puede curar la resaca* y sólo el 21.2% discrepa de la posición. Las opiniones se dividen en el hecho de que *el alcohol facilita las relaciones personales*, con un 43.3% a concordar con la posición y el 45.7% a discrepar, registrándose mayor concordancia en la enseñanza secundaria. Un poco más de $\frac{3}{4}$ del alumnado discrepa que *el alcohol haga bien al corazón*, con mayor frecuencia en la enseñanza básica. Para ambos niveles de escolaridad, el desconocimiento no superó el 10.9%.

Un mayor nivel de concordancia se revela al nivel de la concepción de que *el dependiente de alcohol es una persona débil e irresponsable*, sentida en ambos grupos de escolaridad, con una expresión máxima en el 11º grado, con el 92.3%. Este nivel sube, aún más, por el hecho de que *el alcohol es la causa del alcoholismo*, un nivel de desconocimiento de sólo el 4.2% en la enseñanza secundaria. La mayoría del alumnado (65.3%) considera que *la mezcla de bebidas conduce más rápidamente a la embriaguez que el consumo de sólo un tipo de bebida*, aunque el 26.5% desconoce los efectos reales. A lo largo de los grados se verifica un aumento gradual del nivel de aceptación de esta proposición, desde el 58.3% hasta el 77.4%.

En cuanto a *los efectos del alcohol en el cuerpo de la mujer son igual a los efectos en el cuerpo del hombre*, las posiciones se encuentran dispersas, con un predominio de discordancia (49.9%), mayor en la enseñanza secundaria (54.4%), se reparte los demás por la discordancia (23.0%) y por el desconocimiento (27.1%). La mayoría del alumnado (69.3%) discrepa que el alcohol sea un medicamento, aumentando

esta percepción a lo largo de los años (con excepción del 10º grado). Más del 23.7% dice no saber, con expresión máxima en el 10º grado (26.5%) y mínima en el último año de la enseñanza secundaria (10.8%). Los resultados de la tabla 2 revelan que más del 72.3% del alumnado considera que *el alcohol calienta*, discrepándose sólo el 13.4%, registrándose los mayores valores en la enseñanza secundaria, en particular en el 11º grado (81.9%).

No obstante, la mayoría (53.0%) defiende que *el alcohol da fuerza y/o energía*, aumentando con el grado aunque el 32.0% no está de acuerdo con esta posición. Por último, la mayoría del alumnado (53.9%) dejó revelar la incertidumbre sobre el hecho de que el alcohol dificulta la digestión. Es el alumnado del 9º grado (30.0%) y el del 10º grado (40.5%) que tiene mayores frecuencias de discordancia.

Para el análisis factorial, con rotación Varimax, fueron seleccionados algunos de los mitos referidos, por presentar mejores valores de consistencia interna ($\alpha=0.947$). Estos mitos se colocaron en dos factores, dependiendo de los valores de las coordenadas relativas. El factor 1 fue designado "*Algunos mitos relacionados con el consumo de alcohol*", que se define por los siguientes mitos: "*El alcohol mata la sed*", "*El alcohol abre el apetito*", "*El alcohol da fuerza y/o energía*", "*El alcohol es afrodisíaco*" y al factor 2 atribuimos la designación "*Otros mitos asociados al consumo de alcohol*", para distinguir del factor 1, y que es definido por el ítem "*Los efectos del alcohol en el cuerpo de la mujer son igual a los efectos del alcohol en el cuerpo del hombre*". El Alpha de Cronbach es de 0.868, que traduce una alta precisión para el factor 1 y un valor de 0.545, que traduce una baja precisión.

El factor 1 establece una relación entre variables que corresponden a mitos relacionados con el consumo de alcohol y que pueden justificar o servir de excusa para algunos consumos excesivos; en cuanto al factor 2 se asocian mitos referentes a los efectos diferenciales del consumo de alcohol, como por ejemplo, en el hombre y en la mujer. Hecho el análisis factorial, se realizó una regresión para evaluar la significancia de las variables independientes "Sexo" y "Edad" con respecto a los factores obtenidos en el análisis factorial. En cuanto al factor 1, las variables independientes "Edad" y "Sexo" presentan una buena contribución relativa a la variable dependiente, afectando significativamente, con *p-value* 0.017 y 0.010, respectivamente (Tabla 3). El valor de VIF es bajo, luego las variables no son colineales, por lo que no deben ser eliminadas del análisis.

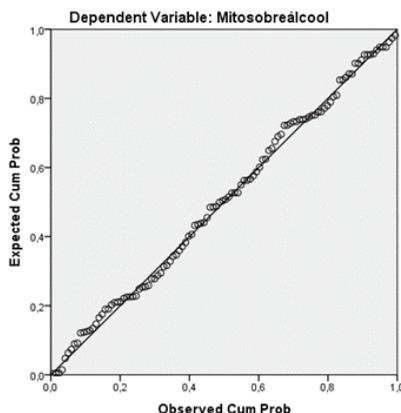
Tabla 3. Coeficientes^a-Factor 1

Modelo	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
	(Constant)	1.127	.492		2.293	.024	
1	Edad	.072	.030	.221	2.425	.017	.994 1.006
	Sexo	-.224	.085	-.239	-2.624	.010	.994 1.006

Nota. a. Variable dependiente: Mitos sobre el alcohol.

La ecuación del modelo encontrada es: *Mitos sobre el alcohol*=1.127+0.072 *Edad*-0.225 *Sexo*. Las variables “Edad” y “Sexo” presentan buenas contribuciones relativas, siendo la contribución de la variable “Sexo” mejor para explicar el comportamiento del factor 1. Los residuos presentan, al menos aproximadamente, distribución normal, validando los supuestos del modelo de RL (Gráfica 1).

Gráfica 1. Probabilidad normal de la variable dependiente Factor 1
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Considerando como factor 2 la variable dependiente (Mitos 2), las variables independientes “Edad” y “Sexo” revelan buenas contribuciones relativas para explicar el comportamiento de la variable dependiente, afectándola significativamente, con *p-value* 0.046 y 0.000, respectivamente (Tabla 4). El valor de VIF es bajo, luego las variables no son colineales, no deben ser eliminadas del análisis.

Tabla 4. Coeficientes^a-Factor 2

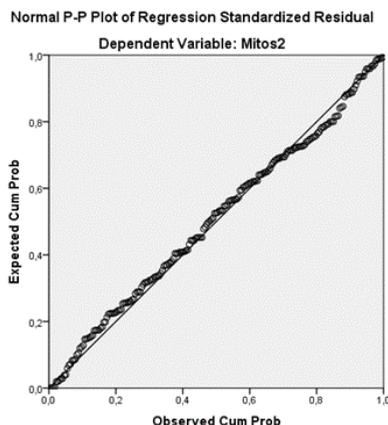
Modelo	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	<i>t</i>	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constante)	1.522	.282		5.405	.000		
1 Edad	.034	.017	.134	2.007	.046	.993	1.007
Sexo	-.174	.047	-.249	-3.721	.000	.993	1.007

Nota. a. Variable dependiente: Mitos 2.

La ecuación del modelo encontrada es: *Otros mitos asociados al consumo de alcohol*=1.522+0.034 *Edad*-0.174 *Sexo*.

La variable “Sexo” presenta mayores contribuciones relativas para explicar el comportamiento del factor 2. Los residuos presentan, por lo menos aproximadamente, distribución normal, por lo que permite validar los supuestos del modelo de RL (Gráfica 2).

Gráfica 2. Probabilidad normal de la variable dependiente Factor 2



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la discusión hay que aclarar que no existen bebidas ligeras, pues lo que determina la tasa de alcoholemia es la cantidad ingerida y no el tipo de bebida (CISA, 2011). Si el alcohol se consume moderadamente, puede tener un efecto desinhibidor, sin embargo, la aparente facilidad de convivencia desaparecerá en ausencia de consumo de alcohol.

El alcohol consumido en exceso funcionará como inhibidor del sistema nervioso y se necesitarán más estímulos para llegar al orgasmo: el alcohol causa impotencia sexual y mata a los espermatozoides (CISA, 2011). Por el hecho de que la mujer presenta menos agua que el hombre, en su organismo, generalmente, la ingestión de la misma cantidad de alcohol afectará más rápidamente a la mujer, pues el alcohol quedará más concentrado (NIAAA, 2016). La desaparición del alcohol de la sangre depende sólo del tiempo, luego la ingesta de café no resuelve el problema, además de que, como es diurético, aumentará la deshidratación. El alcohol aumenta la frecuencia de los movimientos peristálticos del estómago, retrasando la digestión en el intestino y dando la sensación de estómago vacío. Además, el consumo de los “digestivos” conduce a la aparición de gastritis y úlceras, no facilitando la digestión (Breda, 1996).

El alcohol no mata la sed, pues esa sensación significa necesidad de agua, para diluir la concentración de solutos en la sangre. El alcohol también no alimenta, pues no es un nutriente, produciendo calorías inútiles/vacías (7 kcal/g) para los músculos y no siendo utilizado en el funcionamiento de las células. La OMS (Portal da Saúde, 2006) defiende que el consumo bajo o moderado de bebidas alcohólicas reduce el riesgo de enfermedades coronarias. Dai et al. (2010) señala que la dieta mediterránea, de la que el consumo moderado de vino forma parte, puede mejorar la función cardíaca. Sin

embargo, el consumo excesivo de alcohol puede provocar varias formas de insuficiencia cardíaca, como miocardiopatía, taquicardia, aumento de la presión arterial, cambios en el ritmo cardíaco y el aumento de los triglicéridos en la sangre. Como alcohol es un depresor del sistema nervioso, tendrá un efecto contrario al de un medicamento, pues provoca sólo una excitación y anestesia pasajeras, que pueden “camuflar”, durante algún tiempo, dolores o sensación de malestar, acabando por tener consecuencias aún más graves (Breda, 1996). Además, el alcohol, habiendo camuflado el cansancio físico o intelectual intenso, dando la ilusión de ganancia de energía. Sin embargo, cuando este efecto pasa, el cansancio será más intenso, pues el alcohol gastó energía al ser metabolizado en el hígado.

Si el alcohol se consume a las comidas, los efectos pueden ser menores en términos de alcoholemia, ya que la absorción es más lenta. De destacar que es la tasa de alcohol en la sangre que determina el nivel de sobriedad o intoxicación alcohólica del individuo y que dependerá de la cantidad de dosis que la persona ingerir, independientemente del tipo de bebida. Como el alcohol es un vasodilatador, hace que la circulación más superficial, dando la sensación de calor. Por eso, quedamos más cortos y el desplazamiento de la sangre provoca una pérdida de calor interna, bajando la temperatura interna y perjudicando el funcionamiento de todos los órganos (Breda, 1996).

El alumnado encuestado también considera que el alcohólico es débil e irresponsable, siendo el alcohol la causa del alcoholismo. Un individuo dependiente de alcohol presenta ciertos síntomas y signos, que pueden afectar a sus actividades diarias. Sin embargo, la dependencia de alcohol no está relacionada con el carácter del individuo y la mayoría de los problemas y comportamientos que presenta surgen con la propia enfermedad (APA, 2013). Según Mello et al. (2001), el alcohol es el primer agente causal del alcoholismo. Sin embargo, el alcoholismo resulta de una interacción de factores genéticos, psicológicos, ambientales y la predisposición a la dependencia varía de un individuo a individuo.

De la análisis factorial y regresión lineal se concluye que, para los factores 1 y 2, las variables independientes “Edad” y “Sexo” presentan buena contribución relativa para la variable dependiente, afectándola significativamente.

La OCDE (2015) destaca la importancia de los países que dan mayor prioridad a la promoción de la salud y políticas de prevención de enfermedades para reducir factores de riesgo modificables para la salud y mortalidad de enfermedades relacionadas. Estos resultados revelan la necesidad de definir y aplicar un plan de intervención en prevención del consumo de bebidas alcohólicas, que posibilite la aclaración del alumnado acerca de los mitos, ya que son inductores del consumo por concepciones erróneas.

REFERENCIAS

- APA (2013). *DSM-V*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Borges, S. y Zulmira, C. (2001). Álcool e adolescência. *Nascer & Crescer*, 10(4), 285-289.
- Breda, J. (1996). *Bebidas alcoólicas e jovens escolares*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- CISA (2011). *Alguns mitos e verdades sobre as bebidas alcoólicas*. Disponible en <http://www.semexcesso.com.br/mitos-e-verdades/>
- Dai, J. et al. (2010). Mediterranean Dietary Pattern Is Associated with Improved Cardiac Autonomic Function among Middle-Aged Men: a Twin Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3(4), 366-373. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.905810
- Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Toxicodependências*, 16(1), 29-46.
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Haynes, J.C. et al. (2005). Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *The Brit J. Psy*, 187(6), 544-551. doi:10.1192/bjp.187.6.544
- Imtiaz, S. et al. (2017). Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *Eur Respir J.*, 50(1), pii: 1700216. doi: 10.1183/13993003.00216-2017
- INE y INSA (2009). *Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE. Disponible en http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf
- Ismail, F. (2002). *Álcool benigno, álcool maligno*. Porto: Ambar.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mello, M.L. et al. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.
- Mintzberg, H. (2012). Managing the Myths of Health Care. *World Hosp Health Serv*, 48(3), 4-7.
- NIAA (2016). *The Truth About Holiday Spirits*. Disponible en https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/RethinkHoliday/NIAAA_NYE_Fact_Sheet.htm
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015*. Paris: OECD. Disponible en http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Portal da Saúde (2006a). *Álcool e problemas ligados ao álcool*. Disponible en <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal.aspx>
- Siegel, S., y Castellan, Jr., N. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Suter, P. (2005). Is alcohol consumption a risk factor for weight gain and obesity? *Crit Rev Clin Lab Sci*, 42(3), 197-227.
- Topiwala, A. et al. (2017). Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ*, 357, j:2353. doi:10.1136/bmj.j2353.
- WHO (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: WHO.

Recibido: 2 de agosto de 2017

Recepción Modificaciones: 20 de agosto de 2017

Aceptado: 2 de septiembre de 2017